ALLGEMEINE ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHE HYGIENE

EINSCHLIESSLICH DER KLINISCHEN UND SOZIALEN GRENZGEBIETE

ORGAN DER ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. ROB. SOMMER, GIESSEN



BAND 2 MAI 1929 5. HEFT (15)

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

ALLGEMEINE ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHE HYGIENE

Herausgegeben von Prof. Dr. Robert Sommer, Direktor der psychiatr. Univ.-Klinik Gießen, Am Steg 12 Jährlich erscheinen 12 Hefte, monatlich ein Heft. Gesamtumfang 50 Bogen = 800 Seiten / Preis M. 36.— (ausschließlich Porto) / Das Honorar für Originalarbeiten beträgt M. 100.— für den 16seitigen Druckbogen. Außerdem erhalten die Herren Mitarbeiter von ihren Originalbeiträgen 50 Sonderdrucke kostenlos geliefert. Ein Mehrbedarf muß bei Rücksendung der Fahnenkorrektur angegeben werden. Er wird zu billigstem Preise berechnet

INHALT DIESES HEFTES:

EWALD, G., Endogene und reaktive Verstimmungszustände in der Sprechstunde (ihre Erkennung und ihre Therapie), S. 281 / SCHULTZ, I. H., Über Verwendung von Farbwirkung in der Psychotherapie (Technische Bemerkungen), S. 296 / STERN, ERICH, Zur Frage der Psychotherapie im Lungensanatorium, S. 299 / Referatenteil, S. 315

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Prof. Dr. **G. Ewald,** Erlangen — Prof. Dr. **I. H. Schultz,** Berlin W 62, Ahornstraße — Prof. Dr. med. et phil. **Erich Stern,** Mainz, Mombacher Straße 5, II

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

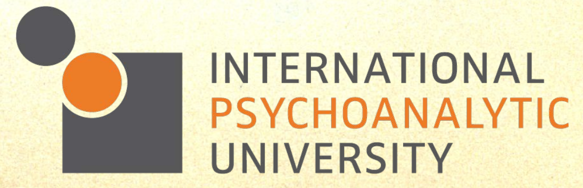
G. EWALD:

ENDOGENE UND REAKTIVE VERSTIMMUNGSZUSTÄNDE IN DER SPRECHSTUNDE

(IHRE ERKENNUNG UND IHRE THERAPIE)

Wenn die Psychotherapie die ihr tatsächlich zukommende Stellung behaupten will, so wird es ihre erste Aufgabe sein müssen, ihre eigenen Grenzen kennen zu lernen. Es muß daher ein wichtiges Kapitel der Psychotherapie sein, sich über die Reichweite ihrer Aufgaben innerhalb der mehr endogenen Verstimmungszustände klar zu werden. Man kann nicht von einer Methode alles verlangen; weder mit der Psychoanalyse noch mit der Individualpsychologie wird man allen Zuständen gerecht werden können, soviel diese Methoden auch in einzelnen Fällen zu leisten vermögen. Gerade bei den endogenen Störungen werden sie nur teilweise die Lösung bringen, sie werden erleichternd wirken, über momentane Einzelschwierigkeiten hinweghelfen; die Heilung selbst aber wird erst erfolgen, wenn der Körper seine alte Funktionstüchtigkeit wiedererlangt hat. Daß selbstverständlich deshalb weder in der Sprechstunde, noch in der Hausbehandlung, noch in der Sanatoriums- oder Klinikbehandlung bei endogenen Störungen die Psychotherapie ausgeschaltet werden darf, braucht nicht betont zu werden; sie ist und bleibt das A und O jeder Krankenbehandlung, und zwar nicht nur im Bereich der Nerven- und Geisteskrankheiten, solange man überhaupt Arzt sein und nicht nur rein theoretische Interessen verfolgen will.

Aber nicht von dieser allgemeinen Psychotherapie soll hier die Rede sein, sondern von der Therapie und Psychotherapie bei endogenen und reaktiven Verstimmungszuständen; dieselbe wird abhängig sein von der richtigen Erkennung dieser Krankheitsbilder, wie sie dem Nervenarzt täglich unter die Hand kommen. Diese Verstimmungszustände machen einen erheblichen Prozentsatz der Sprechstundenpraxis aus. Ich habe unter meinen Sprechstundenuntersuchungen der letzten Jahre ungefähr 30 % gezählt. In der Praxis draußen mag der Satz besonders der reaktiven Verstimmungen ein viel höherer sein, während in der Praxis des Klinikers die endogenen Zustände überwiegen müssen, da die Kliniken vielfach ein ultimum refugium für diejenigen Kranken sind, die infolge der endogenen Natur ihres Leidens und der



diesen Zuständen oft eigenen langen Krankheitsdauer von einem Arzt zum anderen wandern, um nirgends so recht Heilung zu finden, bis ihr Schicksal ihnen einmal wieder bessere Zeiten gönnt. Nicht selten wird dann der zuletzt konsultierte Arzt als der beste Therapeut erscheinen, und er wird sich nur hüten müssen – das trifft auch den Kliniker –, den Erfolg nun gerade seiner eigenen Therapie unbedingt zuschreiben zu wollen. Wir haben in dem zugrunde gelegten Material die rein auf Sexualkomplexe zurückzuführenden Zustände ausgeschaltet, ebenso diejenigen, die als reine Erschöpfungszustände zu betrachten waren, da beide Formen eine gesonderte Besprechung erfahren sollen. Eine ganz reinliche Scheidung ist natürlich nicht möglich, da Sexualkomplexe ungemein häufig, sowohl in die endogenen wie in die andersartigen reaktiven Verstimmungen mit hineinspielen und die Erschöpfung teils als Ursache, teils als Begleiterscheinung in viele der von uns zu behandelnden Verstimmungszustände mit eingeht.

Um ein einigermaßen objektives Bild von der Wirkung der Therapie zu bekommen, ist es natürlich notwendig, daß man sich auf ein Material stützt, das einem auch katamnestisch bekannt ist; verliert man die Kranken vorzeitig aus den Augen, so wird die Tatsächlichkeit des Erfolges der Behandlung immer in der Schwebe bleiben müssen, und kurzschlüssig anzunehmen, daß ein Erfolg da sei, wenn der Kranke die Sprechstunde weiter nicht aufsucht, das geht nicht an. Ich habe von meinen 100 zugrunde gelegten Verstimmungszuständen in 40 Fällen katamnestische Auskünfte erhalten, sei es, daß die Kranken sich in unserer Klinik aufnehmen ließen, sei es, daß sie spontan oder auf Rückfrage Nachricht über ihr weiteres Ergehen gaben. Gerade die Wichtigkeit der Kenntnis des weiteren Verlaufes und des Ausganges war für mich auch Anlaß, daß ich mich zur Übernahme des Themas entschloß, das ja eigentlich mehr ein Thema für den Praktiker als für den Kliniker ist; denn durch den Umstand, daß eine Aufnahme in die Klinik in einer Anzahl von Fällen erfolgte, war die Überprüfung der Richtigkeit der ersten Diagnosestellung und die Kontrolle des Behandlungserfolges wirklich gegeben.

In dem Begriff der Verstimmung scheint uns zu liegen, daß es sich nicht nur um Depressionszustände handeln soll, sondern auch um andere, etwa reizbare oder paranoide Verstimmungen, wie sie auch auf dem Boden einer hypomanischen Konstitution bei entsprechender Charakterveranlagung oder bei Mischzuständen, in der Pubertät oder bei beginnender Schizophrenie nicht allzu selten sind. Wir haben infolgedessen auch diese Zustände mit in den Kreis unserer Betrachtung einbezogen. Wir wollen nun im folgenden zunächst Allgemeines über die Erkennung der endogenen Natur eines Leidens vorausschicken, um dann die spezielleren Fragen der Trennung zirkulärer

Verstimmungen und ihrer Spielarten in Verbindung mit reaktiven Einschlägen von den rein reaktiven und von den schizoid-schizophrenen Verstimmungen unter Berücksichtigung pathoplastischer Einschläge und die dazu gehörige Therapie zu besprechen.

Trotz der zweifellosen Übergänge und Symptomvermischungen, die sich innerhalb der verschiedenen psychopathischen Verstimmungszustände finden, wird man doch nicht übersehen dürfen, daß dieselben eine durchaus verschiedene Grundlage haben können. Zweifelt doch kaum jemand daran, daß tiefgreifende Unterschiede zwischen einer schweren Manie und Melancholie, einem schweren hysterisch-reaktiven Exaltations- oder Depressionszustand und einer ausgesprochenen Schizophrenie bestehen. Da nun aber die genannten schweren Psychosen vielfach in erheblicher Verdünnung vorkommen und sich in diesen leichten Attacken sehr häufig nur in Verstimmungszuständen äußern, wie sie die Sprechstunde des Nervenarztes bevölkern, so wird es trotz aller Schwierigkeiten doch notwendig bleiben, sie nach ihrer Genese auseinanderzuklauben, um zu einem zielstrebigen therapeutischen Handeln zu kommen.

Was zunächst die Trennung der reaktiven und endogenen Verstimmung ganz im allgemeinen angeht, so wird das Vorliegen eines greifbaren Anlasses immer zunächst den Gedanken an die reaktive Genese nahelegen. Allein hier erhebt sich gleich die erste Schwierigkeit; es wird in der überwiegenden Mehrzahl der endogenen Verstimmungen auch so sein, daß von dem Kranken oder dessen Angehörigen ein Erlebnis für die Verstimmung verantwortlich gemacht wird, und sei es nur der in so vielen Fällen recht schwierige Lebenskampf, Disharmonien in der Familie und im Beruf, Sorgen aller Art oder seelische und geistige Überanstrengung. Da wird es sich darum handeln, abzuschätzen, welche tatsächliche Bedeutung, welchen Wert das fragliche Erlebnis für die Psyche des Erkrankten haben konnte. Wurden frühere ähnliche Erlebnisse nicht vielleicht überwunden, oder handelt es sich gar nicht um besondere Erlebnisse? Wurde der an sich wohl schwere, aber bisher völlig hinreichend geleistete Beruf oder Lebenskampf nun mit einem Male ohne hinreichenden Grund nicht mehr gemeistert? Beides würde für das Endogene einer eingetretenen Verstimmung sprechen; erst die Verstimmung ließ die bisher gemeisterten Verhältnisse dem Kranken über den Kopf wachsen. Die Erlebniskette der endogen Verstimmten reißt ja auch nicht plötzlich ab und entwickelt sich bei diesen leichten Zuständen oft lange Zeit in durchaus verständlicher Folge. Mit dem Nachweis des Vorhandenseins schwieriger Situationen an sich ist der Beweis der Psychogenese also noch nicht erbracht. In anderen Fällen wird umgekehrt gerade das maßgebliche Erlebnis verschwiegen, eine Straftat, deren Aufdeckung man fürchtet, durch andere an-

geblich ausschlaggebende Erlebnisse verdunkelt, sexuelle Erlebnisse werden verdrängt und von den Patienten nicht in ihrem Wirkungswert erkannt, so daß man hier nun wieder zu Unrecht in Richtung des Endogenen gelenkt werden kann.

Es wird sich daher, trotz aller Mühe und Zeit, die die Aufnahme einer gründlichen Vorgeschichte kostet, nicht umgehen lassen, noch andere Faktoren zur Entscheidung herbeizuziehen. Da ist zunächst an die Erblichkeit zu erinnern, die uns den einen oder anderen Hinweis schon zu geben vermag; man mag noch so zurückhaltend über den diagnostischen Wert der erblichen Belastung denken, es ist doch nicht zu bezweifeln, daß sich speziell im Umkreis des Manisch-Depressiven in einem sehr hohen Prozentsatz wird Manisch-Depressives aufdecken lassen. Auch an die Beziehungen dieser Gemütskrankheiten zu der Veranlagung zu Diabetes, Gicht, Fettsucht und Apoplexie sollte man immer denken. Schizophrenien im weiteren Verwandtschaftskreis (fast mehr im weiteren als im engeren) können richtungbestimmend für die Diagnose werden, wenngleich man daran erinnern muß, daß die „allgemein psychopathische" und speziell auch die hysterische und schizoide Konstitution und Verstimmung sich recht häufig gerade in der Nachkommenschaft manifest Schizophrener findet, so daß es sich bei Auftreten eines Verstimmungszustandes trotz vorhandener Belastung noch keineswegs um einen beginnenden schizophrenen Prozeß handeln muß.

Die Aufdeckung einer spezifischen erblichen Belastung kann von besonderem Wert werden bei jüngeren Kranken, die ihre erste Verstimmung durchmachen und bei denen ein weiteres differentialdiagnostisch recht wesentliches Moment wegfällt, nämlich der Nachweis früherer ähnlicher abgesetzter Verstimmungszustände. Es ist ja natürlich richtig, daß die Periodizität eine im Bereich des Psychopathischen allgemein verbreitete Erscheinung ist. Trotzdem wird man nicht darüber hinwegkommen, daß sie innerhalb des manisch-depressiven Irreseins eine besondere Rolle spielt. In einem ungemein hohen Prozentsatz wird man bei sorgfältiger Erhebung der Vorgeschichte von Kranken des mittleren und höheren Lebensalters auf Anzeichen früherer Verstimmungen stoßen; man muß freilich auch danach zu fahnden verstehen. Gar nicht selten verbirgt sich ein Depressionszustand im Jugendalter hinter der Diagnose einer „Bleichsucht", einer wenigstens früher sehr beliebten Verlegenheitsdiagnose. Vorübergehende „Magen- und Darmstörungen", der beliebte „Lungenspitzenkatarrh" sind nicht allzu selten ärztlich erzeugte Äquivalente für einen einige Monate anhaltenden depressiven Verstimmungszustand. Wesentlich gestützt wird die Wahrscheinlichkeit einer derartigen Diagnosenverschiebung, wenn die körperliche Untersuchung nichts ergibt, was als Rest der angeblichen somatischen Erkrankung zu deuten wäre. Noch wahrschein-

licher aber wird die Deutung der somatischen Erkrankung als Depressionszustand, wenn die Gesamtpersönlichkeit die Kennzeichen einer hypomanischen (oder konstitutionell-depressiven) Verfassung trägt. Diese frühere Persönlichkeitsveranlagung ist ein weiterer sehr wesentlicher Punkt. Dabei legen wir nun nicht so sehr Gewicht auf die ausgesprochene Heiterkeit, die den Gesamtzustand dieser Hypomanischen nach früherer Ansicht kennzeichnen sollte, sondern mehr auf ihre praktische Lebensgewandtheit und- zugewandtheit, auf ihren Umtrieb, ihre Neigung zu Geselligkeit in Schule und Beruf, zum Vereinsleben, zu Wein, Weib und Gesang, zu Sport und anderen überwiegend den vitalen Interessen dienenden Einrichtungen, die den Dauerzustand eines flott fließenden Stromes fröhlich und lebendig pulsierenden Lebens widerspiegeln. Findet sich dann noch ein pyknischer Körperbau, so wird man selten fehlgehen, wenn man einer Verstimmung, die nicht handgreiflich reaktiver Natur ist, eine zyklothyme Grundlage unterlegt.

Ganz anders sehen die Dinge aus, wenn es sich um eine reaktive Verstimmung handelt. Beginnen wir mit dem letzten Punkt, so werden wir einen rein pyknischen Körperbau meist vermissen; aber auch die frühere Persönlichkeit sieht recht anders aus. Fast immer handelt es sich um Menschen, die sich infolge übergroßer Empfindlichkeit leicht an Menschen und Dingen stoßen und sich infolgedessen auch nicht mit ganzem Herzen oder doch nur stoßweise oder eklektisch der Geselligkeit hingeben können. Wir finden hier alle die Persönlichkeiten, die Kretschmer unter seinen „Schizothymen" und „Schizoiden" zusammenzufassen suchte, komplizierte und problematische Naturen, zu Eigenbrötelei und Extravaganzen geneigt, träumerisch-expressionistisch, spröde, reizbar oder beleidigt sich zurückziehend. In der Schule haben sie meist nur einen oder wenige Freunde oder Freundinnen, die sie oft sprunghaft wechseln. Wenn sie Vereinen angehören, so sind das meist solche wenig allgemeiner Natur, nach einer bestimmten, fixierten Interessenrichtung hinzielend, Schachklubler, Fisch- oder Vogelfreunde, Münzen- oder Markensammler, Besucher philosophischer Zirkel oder ästhetischer Tees. Aber auch die Weichmütigen, Sensitiven, Mitleidigen gehören hierher, deren Einstellung zur Welt die liebende, ja allzu liebende ist, die das gesunde Vitale vermissen lassen, die dabei aber nur zu oft gleichzeitig sich selbst als Maß der Dinge setzen, die nicht leben und leben lassen können, die an sich und ihrer Mitwelt leiden. Hier sind dann natürlich die Vorbedingungen für reaktive Verstimmungen in reichstem Maße gegeben und man muß sich beinahe wundern, daß es nicht noch häufiger zu Verstimmungen krankhaften Ausmaßes kommt. Wir finden hier freilich auch schon alles das, was prädisponierend für die andere Form der endogenen Verstimmung, für die Schizophrenie sein soll. Auf die Schwierigkeiten ihrer Abgrenzung gegenüber den reaktiven Zuständen werden wir noch

einzugehen haben; denn auch die erbliche Belastung kann ja, wie wir oben sahen, hier nicht allzuviel helfen.

Man wird natürlich nicht vergessen, daß periodische Verstimmungszustände auch auf dem Boden einer epileptoiden Veranlagung erwachsen können, und wird daher nicht versäumen, nach Kopfschmerzen, Schwindel, Absencezuständen und Anfällen zu fragen. Man wird weiter nicht vergessen, daß „Verstimmung" überhaupt nichts anderes ist als eine symptomatologische Querschnittsdiagnose, und daß auch andere exogene Ursachen verantwortlich sein können. Man wird daher nach dem Überstehen körperlicher Erkrankungen fragen, wird besonders im reiferen Mannesalter nach überstandener Lues, im höheren Lebensalter nach Arteriosklerose forschen. An das Hereinspielen enzephalitischer Faktoren ist zu denken, und nicht nur bei manischen Erregungen von Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Verstimmungszuständen in jüngerem und mittlerem Lebensalter; man wird die Mimik und die Art des Sprechens, das Pendeln der Arme und das Verhalten anderer Mitbewegungen beachten, man wird überhaupt einer aufmerksamen neurologischen Untersuchung und einer Kontrolle besonders von Herz, Digestionstraktus und Nieren nicht entraten können. Man wird sich endlich klar darüber sein, daß es auch eine psychologische Reaktion auf schwere, namentlich chronische körperliche Leiden gibt und wird, z. B. bei Lungentuberkulose, sorgfältig abzuwägen haben, wieviel exogener Natur und wieviel nur als Reaktion auf die Krankheit oder auf das Milieu zu erachten ist. Schließlich sind auch die Lebensphasen, die Generations- und Gestationsvorgänge zu berücksichtigen; wir kommen noch darauf zurück.

Nachdem wir in Kürze die Voraussetzungen besprochen haben, die zur Beurteilung eines Verstimmungszustandsbildes erfüllt sein müssen, sollen nunmehr die einzelnen Querschnittsbilder betrachtet und geordnet werden, so wie man sie in der Sprechstunde des Nervenarztes zu Gesicht bekommt. Wir sprechen zuerst von den verhältnismäßig reinen depressiven Verstimmungen des manisch-melancholischen Irreseins, von der Nervosität der Hypomanischen, von den hypochondrischen Depressionen, von den Mischzuständen und den Einschlägen des Lebensalters; weiter von der Verbindung endogener und reaktiver Depression, von der rein-reaktiven Depression, schließlich von den Pubertätsverstimmungen und endlich der nach den Schizophrenien herüberschillernden Verstimmungen der Schizoiden mit Übergang in die Schizophrenie; gleichzeitig suchen wir die Wege auf, die die somatische und psychische Therapie einzuschlagen hat.

Die Klinik der reinen Melancholie noch einmal zu besprechen, ist hier nicht der Ort. Wir möchten nur auf einiges weniges hinweisen. Der Ton der seelischen Verstimmung ist hier weniger die (reaktive, motivierte) see-

lische Traurigkeit über etwas als vielmehr die allgemeine vitale Herabgestimmtheit, die etwas Apathisches hat, das, was K. Schneider als „vitale Depression" bezeichnet, was wir selbst mit der Minderung des (psychischen und physischen) Biotonus meinen. Es liegt wie eine Hemmung, wie eine Erschlaffung über dem gesamten Seelenleben, auch über den Gefühlen; alles ist matt und kraftlos, farblos, der ganze Schwung ist dahin. Sehr viele Kranke wissen, daß sie früher anders waren, und leiden (nun reaktiv) unter dieser selbstempfundenen Änderung ihres Seins; das macht sie erst sekundär traurig und oft auch ängstlich. Unter dem Einfluß dieses somatisch bedingten seelischen Gesamtzustandes werden nun auch die Gedanken in Richtung des Trüben gelenkt; die Uhr der Zeit, die bisher ging, steht scheinbar still, und was soll nun werden (Bedeutung des Zeiterlebnisses für die Melancholie, Straus)? Der Blick in die Zukunft wird kaum gewagt, und wenn, dann sieht man nur Unglück. Der Blick in die Vergangenheit aber malt Fehler über Fehler, die gemacht wurden, und nun (scheinbar) zum seelischen Zusammenbruch führten. Hier wird man gewiß psychotherapeutisch eingreifen; aber unseres Erachtens ist es unzweckmäßig und ganz überflüssig quälend, nun lange in der Vergangenheit herumzustochern, vermeintliche oder wirkliche Verfehlungen (wer hätte solche nicht!) aufzuspüren, nur um „psychoanalytischer Klärung" willen. Das kann freilich zuweilen recht interessant sein und zu geistvollen (subjektiven) Deutungen führen, wird aber für den Kranken mehr Qual als Hilfe sein. Man wird den Kranken geduldig anhören, wird versuchen ihn zu beruhigen, ihn lieber auf spätere Zeit vertrösten, wo man über alle diese Dinge einmal sprechen könnte (was sich dann tatsächlich häufig als völlig überflüssig erweist), man wird ihm sagen, daß seine Herabgestimmtheit in letzter Linie körperlich bedingt sei, „mit den Nerven zusammenhänge", daß man da erst einmal helfen wolle, wird ihm sagen, daß er bestimmt wieder genesen würde, auch wenn er es zur Zeit nicht glauben könnte, noch nie habe ein Melancholiker dem Arzt das geglaubt, um ihm nach der Genesung doch zu versichern, daß er recht gehabt habe. Man wird ihn also in jeder Weise aufzurichten trachten, wird ihm freilich trotzdem seine Krankheit nicht wegsuggerieren können; aber er geht erleichtert fort, wenn er merkt, daß man sein Leiden kennt und versteht, ihm nicht widerspricht und ihm seine Nöte nicht einfach abstreitet. Kommen (mehr beiläufig) auch körperliche Beschwerden in Betracht, Herzklopfen mit Angstgefühlen, Wallungen, Kopfschmerzen, Neuralgien, Migränezustände usw., so geht man einmal auch auf diese ein, untersucht und beruhigt. Als beste medikamentöse Therapie haben sich mir trotz allen Widerspruchs noch immer die Opiate bewährt; sie bringen oft große Erleichterung. In den leichten Sprechstundenfällen genügt es meist, wenn die

Kranken 3mal täglich 5–8–10 Tropfen der Opiumtinktur nehmen; ich füge diesen gern noch die 3fache Dosis Tinctura valeriana bei, recht gern auch das Valeriana-Digitalysat von Bürger, letzteres für etwa 2 Wochen, bei stärkeren vasomotorischen Störungen Kalk in kräftigen Dosen (3×3 Calcium-lacticum-Bohnen zu 0,5; bei mangelhafter Fähigkeit und Neigung zu schlucken das geschmacklose Calcium gluconicum (Sandoz), das Flüssigkeiten beigegeben und auch intramuskulär verabfolgt werden kann. Bei schlechtem Schlaf empfehlen sich am meisten kleine Veronal- oder Somnifengaben (letztere in Tropfenform), da es sich meist mehr um den sogenannten „zerhackten Schlaf" handelt (Lange), weniger um Einschlafstörungen. Neuralgien und Migränezustände reagieren oft gut auf Chlorylenperlen und Impletolinjektionen, Luminaletten und andere Antineuralgika. Arbeitsunterbrechung wird fast immer geboten sein, ein Erholungsurlaub unter Begleitung verständiger Verwandter. Empfehlenswert sind ferner maßvolle hydrotherapeutische Kuren, eine gewisse Tageseinteilung, die dem unentschlossenen Kranken die Qual der Entscheidung abnimmt, kurze Spaziergänge, ruhige ablenkende Beschäftigung durch Einzelspiele und harmlose Lektüre, Bilderbetrachten usw. Eine Ablenkungstherapie durch Geselligkeit, Theater, Konzerte usw. hat zu unterbleiben, derartiges wird nur als lästig empfunden. Natürlich wird man immer die Gefahr des Selbstmordes bedenken, den Kranken nicht allein lassen, ihm die Arzneimittel wenn möglich nicht in die Hand geben. Sanatoriums-, Klinik-, Anstaltsaufenthalt ist oft nicht zu vermeiden; bei Verweigerung eines solchen lasse man sich dies evtl. schriftlich von Verwandten bescheinigen. Man kann dies auch tun, ohne deshalb den Patienten zu verlieren. Wann ein solches verhältnismäßig rigoroses Vorgehen nötig wird, muß natürlich der einzelne entscheiden, Kriterien hierfür gibt es nicht. Im allgemeinen werden die leichteren Verstimmungszustände ja nach einigen Wochen vorüber sein; man lasse sich aber durch eine längere Dauer nicht gleich irre machen. Ich sage damit gewiß nichts Neues, aber es wird immer wieder gerade in dieser Beziehung gesündigt und mit der langen Dauer der Störung die Diagnosenänderung in Richtung der Dementia praecox begründet und die Angehörigen überflüssig geängstigt. Man wird dabei daran denken, daß sich die Psychosen der Juden und mancher Jugendlichen gern schizophren färben, wird daran denken, daß nach den Untersuchungen von Mauz u. a. eine asthenische Konstitution zu langer Dauer und zu schizophrener Färbung disponiert, wie umgekehrt die Schizophrenien Pyknischer meist überraschend gute Remissionen und einen zirkulären Verlauf zeigen. Ich führe einen charakteristischen Fall an:

Fall 1. Sch. B., Kaufmann, Israelit, 38 Jahre. Keine direkte erbliche Belastung, aber viel Hypomanisch-Temperamentvolles in der Verwandtschaft. Uncharakteristi-

scher Körperbau, vielleicht etwas nach der pyknischen Seite neigend. Früher gesund, lebhaft, fleißig, umtriebig, beliebt, in der Arbeit korrekt, solid. Mit 24 Jahren ein Depressionszustand, der nach 2 Monaten vorüber war. Mit 38 Jahren im Anschluß an eine schwere Magenoperation neuerlich verstimmt. Bei vielen Ärzten, schließlich 2 Monate im Sanatorium, etwas gebessert entlassen. Die Diagnose lautete auf Schizophrenie wegen der gar so lange anhaltenden völligen Schlappheit und Energielosigkeit, eigentümlich steifer „verschrobener" Motorik und Grimassieren. Saß zu Hause leutscheu und völlig abgekapselt umher, war nicht zur geringsten Arbeit zu bewegen, apathisch, unfreundlich, unzufrieden mit sich und der Welt, absoluter Einsiedler, nicht zu bewegen, das Haus zu verlassen. Nur mit seinem 2jährigen Kinde, von der Frau gar nicht zu reden, beschäftigte er sich gerne, da „taute er auf und zeigte Liebe". Machte ständig sich und anderen Vorwürfe, war meist feindselig und immer abweisend. Ich wurde mehrfach ins Haus gerufen. Ein Lebenskonflikt war nicht zu eruieren. Psychotherapie schien geradezu ausgeschlossen; hartnäckig bis zum „Negativismus" ließ er niemanden an sich herankommen. Medikamentöse und hydrotherapeutische Kuren ließ er widerwillig über sich ergehen; sie brachten anfangs Erleichterung, später nicht mehr. Nach 2½ Jahren erhielt ich einen überschwenglichen Dankesbrief, es wäre eben doch so gekommen, wie ich es vorausgesagt hätte; er hätte es nimmer geglaubt. Er war seit einigen Monaten wieder voll tätig, die Schriftzüge des Briefes waren anfangs normal, wurden auf der letzten Seite immer weiter und größer und schlossen mit einem schwungvollen Schnörkel. Diagnostisch wesentlich war uns die seelische Gesamtverfassung der Familie, die frühere Persönlichkeit des Kranken, der Depressionszustand vor 14 Jahren, ferner der doch immer wieder trotz aller Ablehnung aus den Augen abzulesende seelische Kontakt, das Fehlen einer Gefühlsverödung, der geordnete Gedankengang, dem gegenüber „Autismus", „Negativismus", apathische Energielosigkeit und noch weniger die Eckigkeit der Bewegungen (Israelit!), aber auch die lange Dauer der Verstimmung nicht irre machen konnten.

Die Verstimmungen nach der manischen Seite hin haben wohl eine geringere praktische Bedeutung; solange die Kranken nicht anstaltsbedürftig werden, werden sie selten zum Arzt kommen oder gebracht werden. Er hat mit ihnen höchstens im Entmündigungs- oder Strafverfahren gelegentlich zu tun. Hier besteht dann freilich oft die Gefahr, daß unter nicht hinreichender Einschätzung der Vorgeschichte und unter dem Eindruck der formalen Gewandtheit des in solcher Situation sich stets zusammennehmenden Kranken die Neigung zu ideenflüchtigem Abschweifen des Gedankenganges übersehen, Selbstbewußtsein, Tempo und Umtrieb nicht hinreichend bewertet werden, so daß schließlich nicht nur der Richter, was begreiflich ist, sondern auch der Facharzt über die Schwere des Zustandes getäuscht wird. Gelegentlich kommt Ähnliches aber auch in der Praxis der Sprechstunde vor; besonders ist dies der Fall, wenn die Erregung noch nicht allzu hohe Grade erreicht hat und der oder die Kranke in Normalzeiten über einen liebenswürdigen oder mehr schüchternen, weichen Charakter verfügt (sensitive oder verschämte Manien Stranskys), wenn die Kranke in ihrer rastlosen Selbstaufopferung auf die Außenwelt wirkt wie die heilige Elisabeth, während

zu Hause alles drunter und drüber geht. Es würde zu weit führen, wollte ich auch hier einschlägige Fälle mitteilen[1]). Ich will auch nur kurz hinweisen auf die hypomanisch Verstimmten, die im allgemeinen schon infolge ihrer Charakterstruktur zum Querulieren neigen, zu schlimmen Querulanten erst während ihrer manischen Phasen werden, oder sich in solchen Phasen in Familie und Beruf zu unangenehmsten Ehegesponsen, Untergebenen oder Vorgesetzten auswachsen. Sie gehören eigentlich schon hinüber in die Gruppe der endogen und reaktiv Verstimmten; wir werden sie dort noch streifen. Verhältnismäßig häufig kommt es vor, daß leicht Manische wegen Schlaflosigkeit, seltener wegen Kopfdruck, die Sprechstunde aufsuchen. Man wird ihnen evtl. durch leichte Schlafmittel, Brom und hydrotherapeutische Kuren von ihrer „Nervosität" zu helfen suchen, ihnen im übrigen versichern, daß ihre Schlaflosigkeit ihnen keine Sorge machen solle, manche Menschen brauchten eben wenig Schlaf; mit diesem einfachen Rat ist ihnen oft am besten gedient. Dagegen interessiert vielleicht einer der seltenen Fälle, wo ein Hypomanischer in Einsicht seines allzu großen Umtriebes und Rededranges die Sprechstunde aufsuchte, um seiner Unruhe und seines vorschnellen Mundwerkes Herr zu werden.

Fall 2. E. W., 26 Jahre, Referendar; erblich nicht wesentlich belastet, stammt aus sehr gebildeter, geistig hochstehender Familie, Vater war Univ.-Professor in England, starb mit 65 Jahren an Schlaganfall, die Mutter in jüngeren Jahren an Herzleiden. Körperbau eher asthenisch. Er war als Kind gesund, fröhlich, heiter, gesellig, lernte in der Schule sehr leicht. Er war nie besonders schüchtern oder befangen, höchstens bescheiden, doch sei das Erziehungssache gewesen. Mit 13 oder 14 Jahren hatte er ein sexuelles Erlebnis, es spielte ihm ein älterer Herr am Glied herum. Dadurch wurde er auf geschlechtliche Dinge aufmerksam, kam ans Onanieren. Eine Zeitlang fürchtete er Kinder zu bekommen, lacht jetzt herzlich über diese kindliche Erinnerung. 2- oder 3mal habe er so etwas gehabt, was man geschlechtlichen Verkehr nennen könnte; eigentlichen geschlechtlichen Verkehr habe er aus Rücksicht auf seine spätere Frau vermieden. Auf der Universität war er der Mittelpunkt seines Kreises, überall vorne daran, dabei aber auch sehr fleißig. Seit einigen Jahren sei er sehr „nervös". 1925 habe das einmal seinen Höhepunkt gehabt, einige Zeit vor dem Referendarexamen. Jetzt stehe er vor dem Staatskonkurs und wieder mache ihm die Nervosität zu schaffen. Zwar habe er ebensowenig wie damals Examenangst, er habe ja auch seiner Zeit vorzüglich abgeschnitten, er fürchte aber, daß er sich durch sein ungemein schnelles und übersprudelndes Sprechen etwas verderbe, bzw. in seiner Anwaltslaufbahn Schwierigkeiten bekommen werde. Der Schlaf sei sehr gut, nur käme er niemals rechtzeitig zu Bett, nie vor 2 Uhr nachts, er habe eben immer so ungeheuer viel zu tun. Er spricht bei der Untersuchung sehr gewandt, wie ein Wasserfall, springt dabei leicht auf Nebensächlichkeiten ab, oft in jokoser Art, die er im Vorbeigehen mitnimmt; äußerlich hat er das Ansehen eines kleinen Salonlöwen;

[1]) Es finden sich zwei solcher Fälle, von mir geschildert, in meiner Arbeit über das manische Element in der Paranoia. Arch. f. Psychiatr., Bd. 75, S. 687–688.

fügt beiläufig bei, „ich sollte den 100. Teil sprechen von dem, was ich sage, ich spreche zuviel und zu rasch." Fragt plötzlich: „Herr Professor würden gestatten, daß ich mir die Hand etwas kühle?" Wäscht sich die Hände, erzählt dann unermüdlich weiter, begründet ziemlich pointelos, warum er zur nervenärztlichen Untersuchung gegangen sei, ein Bekannter habe gelegentlich von dem Ref. gesprochen, da habe er gedacht, er wolle auch einmal sich dort Rat holen. Er berichtet von einer Unzahl von Nebenbeschäftigungen, von denen er aber einfach nicht lassen könne, es reiße ihn immer wieder fort. Nebenbei macht er sich ganz ungeniert die Nägel sauber, fühlt sich durchaus als Beherrscher der Situation. Er wurde mit dem Rat, etwas auszuspannen, spazieren zu gehen und zu baden, und mit etwas Brom, Kalzium- und Luminalmedikation entlassen; die Nervosität werde dann schon nachlassen; die Schnelligkeit seiner Sprechweise werde freilich kaum zu beeinflussen sein. Einige Monate später stellte er sich wieder vor – es war kurz vor seinem Staatskonkurs –, er war wesentlich ruhiger, hatte natürlich noch die gleiche schnelle Sprechweise, war aber nicht mehr so formlos, jokos und kordial. Er erklärte seine Nervosität für wesentlich gebessert, wenn sie auch noch nicht ganz geschwunden sei. Auf Grund des offenbar völlig eingeordneten kindlichen Sexualerlebnisses in diese hypomanische Nervosität etwas Komplexhaftes hineinzugeheimnissen, hätte uns ganz verfehlt geschienen. Daß es sich nicht um eine reaktive Nervosität infolge des bevorstehenden Examens handelte, vermuteten wir mit Recht, nachdem das Examen immerhin noch in respektabler Ferne lag, das erste Examen glatt und erfolgreich erledigt wurde und die Erregung ja auch noch vor Ablegung des zweiten Examens zum Abklingen kam.

Manche depressiven melancholischen Verstimmungen bekommen eine besondere Note durch das starke Hervortreten körperlicher Befürchtungen und ängstlich-hypochondrischer Ideen; allerdings werden auch andere depressive Ideen, insbesondere Selbstbeschuldigungen, bei den wirklich melancholisch fundierten hypochondrischen Verstimmungen selten fehlen. Mitunter scheint es ganz unerfindlich, warum sich diese Wendung nach der hypochondrischen Seite hin vollzieht; eigentümliche vegetative Sensationen (z. B. das „Ausströmen von Luft" aus dem Kopf, Pilomotorenerregung? wahnhafte Verstopfung, Plexus mesentericus?) spielen vielleicht eine Rolle. In anderen Fällen mag es sich um die Vergesellschaftung mit einem wirklichen körperlichen Leiden in Form des Entgegenkommens der Organe handeln. Man wird dann mit der Beseitigung der leichten körperlichen Störung manchmal etwas erreichen können, wird auch der Befürchtung, einem bestimmten Leiden zu erliegen, durch gründliche Untersuchung den Boden zu entziehen versuchen. Allein es wird auf diese Weise nicht gelingen, der Verstimmung voll Herr zu werden, sie pflegt mit leicht abgeändertem Inhalt in die depressiven Bahnen zurückzugleiten, bis sie endlich schicksalsmäßig ihren Abschluß findet. In recht vielen Fällen sind es Alterserscheinungen, die die Melancholie in Richtung des Hypochondrischen und Ängstlichen drängen. Da ist es dann oft schwer, Rat zu schaffen. Man kann durch Blutentziehung, leichte Kost, blutdrucksenkende Mittel (Nitroskleran, Erythroltetranitrat usw.) nachhelfen, man

kann Herzsensationen durch große Valerianagaben, bei leichter Herzschwäche auch durch Valerianadigitalysat beseitigen, man wird immer nur vorübergehend helfen. Sehr häufig sind es jugendliche Verfehlungen, ein ausschweifendes Leben, das Überstehen einer (dem Ehepartner womöglich verheimlichten) Geschlechtskrankheit, selbst ein Onaniekomplex aus der Jugendzeit, an die sich der Melancholiker hängt, und der sich in solcher Phase dann auswächst bis zur Wahnidee, und ihm das ganze Leben vergällt. Hier kann natürlich Aussprache und eine verständige Psychoanalyse eingreifen und erleichternd wirken. Diese Formen der hypochondrisch-melancholischen Verstimmung führen schon hinüber zu der Verbindung endogener und reaktiver Verstimmung, erwachsen vielfach aus einer besonderen ich-haft eingestellten Persönlichkeitsstruktur, entwickeln sich zuweilen auch schlagartig zu gewaltiger Höhe im Anschluß an ein zufälliges Erlebnis, an die Lektüre eines Buches, an ein aufgefangenes Wort. Freilich der vital-depressiv vorbereitete Boden ist wohl die Vorbedingung dafür, daß nun mit einem Male solch ein Wort oder Gedanke so schwer einschlagen und so fest Wurzel fassen konnte, während man früher über ähnliche Erlebnisse leicht hinwegglitt. Darum wird auch hier die Psychotherapie nicht restlos Lösung bringen, sondern nur lindernd und erleichternd zu wirken imstande sein.

Mit dieser Form der hypochondrischen Depression, der auch gewisse paranoid-depressive Zustände nahestehen, haben wir schon das Gebiet der Verbindung endogener und reaktiver Faktoren im Bilde der Verstimmungszustände berührt. Ehe wir aber auf diesen interessanten und unseres Erachtens ungemein wichtigen Teil unserer Aufgabe eingehen, muß doch noch kurz der Begriff der Mischzustände gestreift werden. Wer nicht nur Sprechstundenpraxis treibt, sondern auch Krankenhaus- und Anstaltskranke kennt, der kann an der Existenz solcher Mischzustände nicht zweifeln; wir nennen nur die Begriffe des manischen Stupors, der unproduktiven Manie, die man freilich nicht mit der auch meist einförmig gedankenarmen Manie Schwachsinniger verwechseln darf, der ideenflüchtigen Depression und der Melancholia agitata, in welch letzterer G. Specht sicher nicht zu Unrecht häufig einen Mischzustand zu sehen glaubt. Wir sehen diese Bilder als lang dauernde Phasen, aber auch als kurze Umschlagsphasen zwischen einer manischen und melancholischen Attacke. Sie kommen sicher in stark verdünnter Form als eigentümliche Verstimmungszustände gelegentlich auch in die Sprechstunde. Noch häufiger aber sehen wir in den Übergangstagen als eine Art Mischzustand auftreten die paranoische und ängstliche Verstimmung (G. Specht), die reizbare Verstimmung (Kahn) und die anregbare Depression (Lange). Man hat nun freilich den Begriff der Mischzustände eine Zeit lang überdehnt und hat darüber die Bedeutung der ursprünglichen Charakterart einer Persön-

lichkeit für die Ausbildung und Färbung von Psychosen und Verstimmungszuständen übersehen. Bei genauer Persönlichkeitsanalyse wird es gelingen, den Begriff der Mischzustände erheblich einzuschränken; in der Sprechstunde wird man nur ganz selten auf ihn zurückzugreifen haben. Wir kommen damit zur Verbindung endogener und reaktiver Faktoren im Bilde der depressiven Verstimmungen.

Es ist wohl sicher so, daß in der klinischen Färbung des Bildes einer Melancholie schon sehr viel von persönlich eigenartiger Reaktion auf das Erlebnis der biologischen Hemmung steckt. Je tiefer die Melancholie, je schwerer die Psychose ist, desto mehr wird sie freilich die Eigenart der Persönlichkeit verwischen und das Bild uniformieren. Aber gerade in den leichteren Verstimmungszuständen steht doch dem Minus an Vitalität noch ein sehr großes Plus an gesunder individueller Persönlichkeit gegenüber, das mit seiner spezifischen, charakterlichen Eigenart der Reaktion auf die Veränderung der biologischen Vitalität ihr Gepräge geben wird. Diese weniger schweren Fälle hatte ich im Auge, als ich schon vor vielen Jahren darauf hinwies, daß der Charakter es sei, der einer manischen oder melancholischen Erkrankung ihre reizbare, hysterische, paranoide, hypochondrische usw. Tönung gibt. Ich glaube auch, daß Mayer-Gross recht hat, wenn er von einer „Enthüllung" des Charakters in der Psychose spricht, nehme allerdings als selbstverständlich an, daß auch er nur leichte Psychosen im Auge hatte, die noch nicht zur „Uniformierung", wie ich oben sagte, vorgeschritten sind, und kann daher Langes neuerliche Bedenken gegenüber meiner und Mayer-Gross' Auffassung nicht ganz teilen. Gewiß werden auch wir im allgemeinen fordern, daß sich die charakterliche Struktur, die sich in der Psychose verdeutlicht oder „enthüllt", schon im gesunden Leben wird andeutungsweise nachweisen lassen müssen; daß aber durch die Psychose auch Reaktionsmöglichkeiten an die Oberfläche kommen, die vorher an ihrer Manifestation verhindert waren, die aber doch im Keim vorhanden waren und vielleicht bei genauerer Kenntnis der Persönlichkeit schon früher nachweisbar gewesen und einem psychologisch schärfer blickenden Auge, als dem der Angehörigen, nicht entgangen wären, das scheint mir recht wahrscheinlich. Kant hat zu dieser Frage erst kürzlich einen hübschen, wenn auch vielleicht in der Deutung etwas weitgehenden Beitrag geliefert. Gerade die melancholische vitale Depression bereitet ja doch den Boden für sensitive, hysterische, paranoische und hypochondrische Mechanismen; es kann daher nicht wundernehmen, daß gerade solche Einschläge so ungemein häufig sich nachweisen lassen. Die Gefahr ist nur immer die, daß man über diesen viel stärker in die Augen springenden charakterlich – also überwiegend gesund – bedingten Reaktionen den wahren vitalen Untergrund übersieht und nun zu rein psychotherapeuti-

schen Mitteln greift, gewisse Teilerfolge erzielt, vorübergehende Erleichterung für Heilung hält, nicht merkt, daß noch mehr dahinter steckt, den Patienten aus dem Auge verliert, den Erfolg als positiv bucht, während der Patient von Arzt zu Arzt weiterwandert. Hierfür habe ich reichlich Belege.

In den hier in Betracht kommenden Fällen wird es meist so liegen, daß dem Ausbruch des Verstimmungszustandes ein greifbares Erlebnis vorausgeht. Da stoßen wir aber auf mehrere Schwierigkeiten: die labile, unausgeglichene Charakterveranlagung, die all den Persönlichkeiten eigen zu sein pflegt, die zu reaktiven Verstimmungen neigen, bringt es mit sich, daß sie in ihrem Leben in der Tat sehr viel Konflikte durchlaufen, kleinere einmalige und größere dauernde, besonders chronische Lebenskonflikte, mit denen sie nicht recht fertig werden. Es wird daher nicht schwer fallen, in jedem solchen Einzelfall auf dieses oder jenes erschütternde Erlebnis aus kürzerer Vergangenheit oder auf einen dauernden Lebenskonflikt hinzuweisen, der Anlaß zur Entstehung des Verstimmungszustandes gewesen sein soll. Dazu fördert eine vitale Depression an sich schon die Neigung zu solch erschütterndem Erleben, so daß bei fast allen endogen-reaktiven Verstimmungszuständen, auch wenn sie tatsächlich in letzter Linie auf endogener Grundlage entstanden sein sollten, sich ein als zureichend imponierender psychischer Anlaß für die Verstimmung wird aufzeigen lassen. Endlich kommt es in der Tat vor, daß schwere Erlebnisse eine endogene melancholische Verstimmung zur Auslösung bringen, das Erlebnis wird dann mit Recht als wesentliche Teilursache im Sinne der Provokation angesprochen werden, und doch würde die einfache Psychotherapie keine hinreichende Befreiung bringen (reaktive Melancholie im engeren Sinne, Lange). Es ist zuzugeben, daß sich in diesen letzteren Fällen aus dem Querschnitt heraus eine sichere Entscheidung, ob nur reaktiv oder reaktiv auf endogenem Boden erwachsen, oft nicht wird treffen lassen. Immerhin glauben wir mit Bonhoeffer und Lange, daß in diesen Zuständen reaktiver Melancholie eine eigentliche Hemmung häufig fehlt. Bei den nicht direkt reaktiv ausgelösten Melancholien, sondern bei der einfachen Überschichtung und Durchflechtung endogener und psychogener Faktoren bleibt das Querschnittsbild im allgemeinen deutlicher von den reaktiven Zügen beherrscht, von einer oft theatralischen in dicken Farben aufgetragenen, um das Erlebnis konzentrierten Traurigkeit mit einseitig fixierten Gedankengängen, die Stimmung hat zuweilen einen mehr feindseligen Einschlag, man bemerkt eine Neigung, die Ursachen der tragischen Schicksalswendung nach außen zu verlegen, andere verantwortlich oder doch wenigstens mitverantwortlich zu machen, der Kranke reagiert gelegentlich gereizt oder paranoisch, auch dies gern in einer leicht pointierten, bewußten, unerfreulichen, Mitleid und Unterstützung erheischenden, aber gerade um dieses durchschimmernden

Wunsches willen nicht ganz überzeugend wirkenden Depression; nicht selten werden hysterische Mechanismen mobilisiert, es werden immer von neuem wechselnde körperliche Beschwerden vorgebracht, es kommt zu anfallsähnlichen Zuständen, zu Schwächezuständen im geeigneten Augenblick, so daß sich die Differentialdiagnose zunehmend nach der psychogenen Seite hin verschiebt, ohne daß aber schon der Beweis einer reinen Psychogenese in solchem Verhalten erblickt werden dürfte. Hier wird der Verlauf oft einige Aufklärung bringen. Schon die Beeinflußbarkeit des Bildes bei psychotherapeutischen Aussprachen erscheint bei den rein psychogenen Depressionen eine leichtere und nachhaltigere. Bei vorhandener endogener Grundlage bleibt schließlich doch immer ein vom zentralen Erlebnis aus nicht mit zu erfassender Rest, und im weiteren Verlauf mag es wohl zu einer Korrektur der psychogen entstandenen, um das Erlebnis zentrierten Ideen kommen, sie werden aber nun durch einen anderen depressiven Inhalt ersetzt, während es bei der rein psychogenen Depression nach der Lösung des seelischen Konfliktes tatsächlich auf die Gesundheit zugeht. Doch können gerade chronische Lebenskonflikte, die nicht lösbar sind, auch hier größte Schwierigkeiten machen. Einen gewissen Hinweis gibt zuweilen der Körperbau, insofern als ein pyknischer Habitus mehr für eine zirkuläre Unterlegung spricht, während bei stärkerem reaktiv-psychogenem Einschlag die Körperkonstitution mehr und mehr nach der asthenischen Seite hin zu tendieren pflegt (Lange); allein auch dieses Kriterium ist, zumal beim weiblichen Geschlecht, nur mit großer Vorsicht zu handhaben. Von großer Bedeutung ist der Nachweis früherer abgesetzter Verstimmungszustände, wenngleich natürlich auch die Möglichkeit wiederholter tieferer psychogener Depressionen bei reaktiv-labilen Persönlichkeiten besteht. Bumke hat sicher recht, daß die Übergänge hier völlig fließend sind. Trotzdem wird es nicht nur aus theoretischem Interesse, sondern gerade auch aus therapeutischen Gründen stets notwendig sein, den ernsten Versuch zu machen, die Entstehung und den Aufbau sich klar zu legen, da man nur in den rein psychogenen Verstimmungszuständen mit der Psychotherapie allein auskommen wird.

Die Schwierigkeiten, die durch die charakterliche Färbung des Verstimmungszustandes entstehen, liegen bei weitem am häufigsten in Richtung des Psychogen-hysterischen; auch die Reizbarkeit gehört meist in dieses Kapitel. Es kommen aber nicht selten auch Zwangseinschläge vor. Eine große Zahl von Zwangskranken hat es nur zu Zeiten erheblicher depressiv-melancholischer Verstimmungsphasen in stark behindernder Weise mit Zwangsgedanken zu tun, sie treten nach Abklingen der Verstimmungen wieder in den Hintergrund, verlieren sich freilich selten ganz. Die Bonhoeffer-Stöckersche Anschauung von der Bedeutung der manisch-melancholischen Veranlagung

für die Genese der Zwangszustände stützt sich auf ein gut beobachtetes Tatsachenmaterial. Man wird in solchen Fällen wohl psychotherapeutisch vorzugehen trachten, wird Durchschlagendes aber nur erreichen, wenn sich die endogenen Verstimmungszustände lösen, und wird, wenn man sein Augenmerk nur auf diese charakterlich pathoplastische Aufpfropfung richtet, sich einem Trugschluß hingeben, wenn man meint, durch die – sicher im ganzen Verlauf des Leidens sehr wohltuend wirkende – psychotherapeutische Beeinflussung, die nicht gerade nur in Richtung der Freudschen Psychoanalyse und Deutung zu gehen braucht, den Kranken geheilt zu haben. Kritische Beurteilung der psychotherapeutischen Erfolge tut hier (wie immer) ungemein not. Ähnlich liegt es, wenn die Verstimmung in Richtung der Beziehungssucht geht. Ich kann hier Lange nicht beistimmen, daß sich bei paranoisch gefärbten Depressionszuständen ein entsprechender Charakter vorpsychotisch meist nicht nachweisen lasse. Nach meinen Erfahrungen geben die Kranken oder deren Angehörige fast stets an, daß die Kranken schon vor der stärkeren Verstimmung immer geneigt gewesen seien, Erlebnisse nachzutragen, daß sie überempfindlich alles immer auf sich bezogen hätten, zu Mißtrauen und Argwohn neigten, allem immer die übelste Bedeutung beilegten. Fast noch deutlicher scheint mir dieses bei den paranoischen Verstimmungen Hypomanischer herauszukommen, als bei depressiven Verstimmungen. Ich weiß natürlich, daß das nicht immer der Fall sein wird, und daß paranoische Syndrome auch auf anderer Grundlage (Sexualkonflikte, Alterseinflüsse usw.) entstehen können; aber daß eine Andeutung solcher seelischer Einstellung sich bei sehr vielen paranoisch Verstimmten auch schon vor der Erkrankung findet, darüber bin ich nicht im Zweifel. Auf Verbindungen und Überschneidungen mit dem schizophrenen Formenkreis kommen wir unten noch zurück.

(Fortsetzung folgt.)

J. H. SCHULTZ:

ÜBER VERWENDUNG VON FARBWIRKUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE
(TECHNISCHE BEMERKUNGEN)

In den Jugendtagen der Suggestivtherapie sind vielfach Versuche gemacht worden, durch Exposition bestimmter Farben und Lichter Erlebniswirkungen zu vermitteln, Bestrebungen, die sich überwiegend in der illegitimen, besondern magnetistischen Literatur finden. In der modernen Psychotherapie hat sich vielfach eine gewisse Geringschätzung technischer Faktoren eingeschlichen, die ebenso zu bedauern ist, wie jede sachliche Abgrenzung methodischer,

technischer und allgemeiner Gesichtspunkte zu den wesentlichen Aufgaben moderner wissenschaftlicher Psychotherapie gehört.

Hier soll kurz über praktische Erfahrungen berichtet werden, die, wie so häufig, ihren Ausgang von Zufallsbeobachtungen nahmen und vielleicht dazu dienen können, in kritischer Verwendung Nutzen zu stiften. Im Anfang meiner eigenen Beschäftigung mit Suggestion und Hypnose in Kliniken und Krankenhäusern war ich auf Verwendung der vorhandenen Räumlichkeiten angewiesen und benutzte häufig photographische Dunkelkammern, Augenspiegelzimmer oder Röntgenräume. Beim Hypnotisieren in der photographischen Dunkelkammer fiel mir auf, daß manche Versuchspersonen besonders gut reagierten, wenn die Dunkelkammer von dem Rotlicht der Entwicklungslampe beleuchtet war. Schon als Versuchsleiter kann man beobachten, daß die Blickfixation im Rotlicht zu außerordentlich intensiven Verdunkelungen des Gesichtsfeldes mit Farbverlust heller Flächen, auch menschlicher Gesichter disponiert, und in noch höherem Maße ist dies der Fall, wenn man sich im Selbstversuch mit optischen Hilfen hypnotisieren läßt. Das den Raum erfüllende Rotlicht wird dann bei der Mehrzahl der Versuchspersonen, ähnlich den Katzschen Deckfarben, flüssig durchscheinend und sehr bald durchsetzt von dunklen, bis völlig schwarzen Wellen, Flecken und Mustern.

Es zeigte sich weiter, daß sicher unabhängig von der Temperatur, ja oft direkt im Gegensatz zu ihr, wenn nämlich der Rotlichtraum vorher abgekühlt war, die Versuchspersonen im strömenden Rotlicht ausgesprochene Wärmeerlebnisse angaben und auch im autogenen Training leichter zur Darstellung von Wärmeerlebnissen in der Lage waren.

Völlig anders waren im allgemeinen die Ergebnisse, als ich im Kriege vielfach in Räumen suggestiv arbeitete, deren Fenster zum Lichtschutze (Flieger) blau gefärbt waren. Ich unterlasse hier alle Hinweise auf die sehr interessanten Stimmungs- und Allgemeinreaktionen der auf diese Weise dauernd unter Blaulicht gestellten Kriegsteilnehmer, und beschränke mich darauf zu schildern, wie sich hier suggestive Behandlungen gestalteten. Es zeigte sich, daß in diesen Räumen Wärmeerlebnisse hetero-suggestiver Art auffallend langsam und geringfügig auftraten, während Abkühlungs- und Anästhesierungssuggestionen sehr schnell ansprachen.

Auf Grund dieser Erfahrungen habe ich in meinen psychotherapeutischen Behandlungsräumen auf das Farbmoment besondere Rücksicht genommen und sehr günstige Resultate damit erzielt, daß in einem neutral-violett-braunen Raum der obere Halbmeter durch eine Mulldecke mit dünnem Papierbelag im Sinne einer „herabgezogenen Decke" abgespannt ist. Über dieser Zwischendecke, deren homogenes Filter verteilend wirkt, sind in der Mitte der Längsseiten zwei weiße, in zwei diagonal gegenüberliegenden Ecken je zwei rote und

zwei blaue gewöhnliche Birnen angebracht, die durch geräuschlose Schalter an der Wand einzeln oder gemeinsam in Betrieb gesetzt werden können. Beim durchschnittlichen, etwa auch analytischen Arbeiten, wobei der Patient in typischen Fällen in Rückenlage von dem hinter ihm sitzenden Arzte beobachtet wird, wird die gewöhnliche Weißlichtbeleuchtung benutzt und ergibt ein natürliches, leichtes Dämmerlicht; für suggestive Arbeiten kann nun nach Bedarf mit der schwimmenden Rotlichtatmosphäre oder mit blauer Beleuchtung, endlich mit einer violetten gearbeitet werden.

Die oben geschilderten Zufallsbeobachtungen fanden bei den systematischen Untersuchungen der letzten 5 Jahre volle Bestätigung. Während alle angiospastisch-pseudoanämischen, oft asthenischen und tetanoiden Typen beiderlei Geschlechts und jeden Alters im Rotlicht besser reagierten und oft selbst darum baten, drängten alle plethorisch-kongestiven (Klimax!) zu der „abkühlenden" Blaufarbe, vielfach erst nachdem sie anfangs, ohne es selbst zu merken, in entsprechender Weise reagiert hatten.

Allgemein-psychologisch ist die Verwendung solcher technischer Hilfsmittel recht interessant. Vom Phantastisch-Schwärmerischen, leicht Begeisterten und Empfänglichen, der genießerisch in den Farberlebnissen schwelgt, bis hinüber zum Pseudokritisch-Ablehnenden, der etwa seine innere Protesthaltung hinter einer Kritik an den äußeren technischen Hilfen als „Variétézauber" verbirgt, geht eine lückenlose Reihe verschiedener Stellungnahmen, die sich durchaus mit den bekannten Erfahrungen decken, die der Rohrschachtest vermittelt.

Die spezielle Psychologie der Farbwirkung lag bisher in experimenteller Hinsicht sehr im argen. Das von M. Mendelsohn schon vor Jahren erkannte, aber technisch für unlöslich gehaltene Problem einer experimentellen Darbietung reiner Farbeindrücke ist erst in den letzten Jahren durch die grundlegenden Arbeiten von R. H. Goldschmidt-Münster gemeistert worden. Alle vorhergehenden Untersuchungen, etwa die von Skriabin, Hirschfeldt-Mack, Laszlo u. a. arbeiteten in ihren „chromatobiotischen Vorführungen" mit Farbeindrücken, die zu gleicher Zeit Formreize vermittelten, also gerade alle die inneren Abläufe in Gang setzten, die dem Psychotherapeuten von der Verwendung des Rohrschachtestes her geläufig sind, bei dem ja gerade das jeweils stärkere Vorwalten von Farb- oder Formerfassung eine entscheidende Rolle spielt. Goldschmidt gelang es zum ersten Male in seinem Farbwandelspiel nach langjähriger Arbeit eine experimentelle Anordnung zu schaffen, in der reines optisches Farberleben auf die ihm eigenen überindividuellen Regelmäßigkeiten untersucht werden kann, womit sich ein Weg zu experimenteller Untersuchung über den Sinn des ästhetischen Wirkens von Farben als solchen eröffnet (Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaft 1927–1928, VI. Abh., Heidelberg, Winter u. Co.).

Die isolierte Darbietung von Farben ohne Formcharakter wird dadurch erreicht, daß in einem Projektionsapparat zwischen Kondensor und Objektivlinse zwei Netzstreifen mit völlig unregelmäßigen Lücken gegeneinanderlaufen, so daß dauernd wechselnde Flecken entstehen. Durch Abblendung und Helligkeitsveränderungen unterstützt, kann nun mit Farbfiltern jede beliebige Farbenart in der geschilderten Weise dargeboten werden, so daß ein wolkenhaftes Durcheinander unscharf sich wandelnder und ineinanderfließender Farben entsteht. Goldschmidt und seinen Mitarbeitern gelang es mit dieser Methode nachzuweisen, daß unter zahlreichen Versuchspersonen weitgehende Gleichmäßigkeiten des Reagierens bestehen, indem z. B. das Vorausschicken bestimmter Farbeindrücke ganz bestimmte Fortsetzungswünsche wachrief und auch die Verläufe selbst nach ihrem Wohlgefallen weitgehend übereinstimmend beurteilt wurden. Wir stehen hier in gewissem Sinn in den Anfängen einer experimentellen Harmonie- und Melodielehre der Farben, und die Bedeutung dieser theoretischen Befunde gab Veranlassung, die obenerwähnten Beobachtungen aus der Praxis kurz mitzuteilen, bei denen gleichfalls, allerdings im Sinne des raumfüllenden Mediums, reine Farberlebnisse beteiligt sind.

ERICH STERN:

ZUR FRAGE DER PSYCHOTHERAPIE IM LUNGENSANATORIUM

„Wenn der Verlauf einer Lungentuberkulose, auf der Messerschneide zwischen Katastrophe und Heilung, auf der er so oft sich bewegt, durch eine Psychotherapie auch nur ein kleines Übergewicht nach der günstigen Seite erfahren kann, dann allerdings bedeutet die Psychoanalyse einen Fortschritt auch der Lungentherapie, wenn die Psychoanalyse einen Fortschritt der Psychotherapie bedeutet hat. Ein Hauptwiderstand gegen diese Folgerung wird heute so formuliert: Psychotherapie hätten gute Ärzte schon immer gemacht und gekonnt, und sie sei nicht erlernbar, ja dann am besten, wenn sie nicht gelernt werde. Das Wahre und das überwiegend Falsche solcher Behauptungen aus dem Munde sonst dem Fortschrittsgedanken so zugänglicher Ärzte wird deutlich unterscheidbar, wenn man von vornherein zugibt, daß die Psychotherapie innerer organischer Krankheiten in den ersten Anfängen einer Entwicklung steht. Wer will wissen, wie weit sie aber kommen wird?"

In diesen Sätzen gibt v. Weizsäcker[1]) eine Darstellung der heutigen Situation. Lassen wir die besondere Frage der Psychoanalyse – die wir nur für eine besondere psychotherapeutische Methode, nicht aber für die Psychotherapie schlechthin halten[2]) – außer Betracht; daß psychische Faktoren das Körpergeschehen und damit auch den Ablauf organischer Erkrankungen, die Ausprägung des Krankheitsbildes weitgehend beeinflussen, wird heute kaum mehr bestritten werden[3]); aber die Frage ist, ob es sich hier mehr um ein gelegentliches Zusammenwirken, oder um eine immer vorhandene und in jedem Falle wirksame Beziehung handelt, ferner, ob eine besondere Psychotherapie bei organischen Erkrankungen erforderlich ist. Auch Weizsäcker weist auf die Möglichkeit hin, daß etwa die „Angst ein zentraleres, ein ursprünglicheres, ein der prima causa der Krankheit näher zugeordnetes Faktum sein sollte, als die Anwesenheit von Bakterien, die histologischen Folgen ihrer Wirkung, die serologischen ihrer Gegenwirkung", und er wirft die Frage auf, ob es sich hier nicht um „ein immer vorhandenes, ein gewiß noch kaum erforschtes, aber vielleicht erforschbares Grundverhältnis" handelt[4]).

---

[1]) V. v. Weizsäcker, Medizin, Klinik und Psychoanalyse. In „Auswirkungen der Psychoanalyse in Wissenschaft und Leben, herausgegeben von Prinzhorn, Leipzig 1928, S. 273.

[2]) Vgl. hierzu auch Jolowicz, Persönlichkeitsanalyse. Leipzig 1927.

[3]) Vgl. hierzu Krehl, Persönlichkeit und Krankheitsform. Leipzig 1928.

[4]) Ich möchte hier noch auf eine Bemerkung von Max Scheler in seinem letzten Buche: „Die Stellung des Menschen im Kosmos", Darmstadt 1928, hinweisen. „Nach meiner Meinung ist der Forschung heute geradezu das methodische Ziel zu stellen, einmal im weitesten Maße zu prüfen, wieweit die gleichen Verhaltensweisen des Organismus einmal durch physikalisch-chemische Reizung von außen her, ein andermal durch psychische Reizung – Suggestion, Hypnose, alle Art von Psychotherapie, Veränderungen der gesellschaftlichen Umgebung, von der viel mehr Krankheiten abhängen, als man ahnt – herbeigeführt und abgeändert werden können. Hüten wir uns also sehr vor einer falschen Übersteigerung ausschließlich „psychologischer" Erklärungen. Es kann ein Magengeschwür nach unserer Erfahrung ebensowohl psychisch bedingt sein wie durch einen gewissen chemisch-physikalischen Prozeß; und nicht nur Nervenkrankheiten, sondern auch organische Erkrankungen haben je ganz bestimmte psychische Korrelate. Auch quantitativ können wir beide Arten unseres Einflusses auf den eigentlichen, einheitlichen Lebensprozeß, nämlich durch den Korridor des Bewußtseins und durch den Korridor der äußeren Körperreizung, so abwägen, daß wir mit der einen Reizung im selben Maße sparen, als wir die andere verwenden. Selbst der fundamentale Lebensvorgang, der Tod heißt, kann durch einen plötzlichen Affektchok ebensowohl herbeigeführt werden wie durch einen Pistolenschuß; sexuelle Erregung kann durch Einnahme gewisser Mittel ebensowohl herbeigeführt werden wie durch unzüchtige Bilder und Lektüre. Das alles sind nur verschiedene Zugangsweisen, die wir in unserer Erfahrung und Lenkung zu ein und demselben ontisch einheitlichen Lebensprozeß haben." Die Psychotherapie

Ich selbst habe in einer Reihe von Arbeiten auf die Bedeutung psychischer Faktoren für den Ablauf der Tuberkulose hingewiesen und eine gründliche psychische Behandlung der Tuberkulösen gefordert; meine Erörterungen haben im allgemeinen auch von seiten der Tuberkuloseärzte Zustimmung gefunden. Ich will früher [1]) Gesagtes hier nicht wiederholen, sondern nur eine Reihe von Sonderfragen der Psychotherapie Lungenkranker erörtern.

I

Daß Psychotherapie notwendig ist, wird nicht bestritten werden; keine Klarheit hingegen besteht darüber, was unter Psychotherapie zu verstehen ist und wer die Psychotherapie ausüben soll. Gewiß trifft es zu, daß jeder Arzt „auch psychisch wirkt", wie heute immer wieder betont wird, aber diese psychische Wirkung ist noch keine Psychotherapie, wie viele zu meinen scheinen [2]). W. Herich [3]) hat kürzlich ausgeführt, daß eine einfache Aussprache und eine allgemeine Führung genüge; das wird gewiß für viele Fälle zutreffen – es wird darauf noch zurückzukommen sein –, aber in vielen Fällen ist eben doch mehr und anderes erforderlich, und hier erst beginnt die eigentliche Psychotherapie. Psychotherapie ist eine systematisch durchgeführte, schulgerechte seelische Behandlung, die auf einer Kenntnis der genetischen Zusammenhänge basiert, bewußt geübt wird und die Beseitigung von Störungen zum Ziel hat. Die Voraussetzungen, von denen die einzelnen psychotherapeutischen Schulen ausgehen, sowie ihre Methoden sind verschieden, jede Schule kann Beweise für die Richtigkeit ihrer Thesen bringen und Erfolge nachweisen, jede kann die Thesen der anderen widerlegen – ein Zeichen dafür, daß wir zu einer Synthese der verschiedenen Auffassungen kommen müssen. Welcher Auffassung man sich nun aber auch anschließen mag, immer bedeutet Psychotherapie jedenfalls ein zielbewußtes, methodisches Vorgehen.

---

kann aus Schelers philosophisch-anthropologischen Untersuchungen zweifellos manche Anregung gewinnen, und auch von ihrem Standpunkt aus ist zu bedauern, daß Scheler sein umfassendes Werk nicht mehr vollenden konnte. Er erkennt weitgehend die Ergebnisse der Psychoanalyse, die Herrschaft der Triebe, der Verdrängung usw. an, stellt diesen aber den „Geist" gegenüber, der aus den Trieben nicht ableitbar ist.

[1]) Vgl. vor allem mein Buch: Die Psyche des Lungenkranken. Über den Einfluß der Lungentuberkulose und des Sanatoriumslebens auf die Seele des Kranken. Halle a. S. 1925.

[2]) Vgl. hierzu den Aufsatz von Stoltenhoff, Systematische Psychotherapie. Diese Zeitschrift, Bd. 2, H. 3.

[3]) W. Herich, Zur Psyche des Lungenkranken. Prakt. Tuberkuloseblatt, 1928, H. 11.

Ich hatte daher schon früher eine Psychotherapie durch psychotherapeutisch besonders geschulte Ärzte gefordert; diese Forderung hat von einigen Seiten, die meinen Ausführungen sonst zugestimmt haben, Widerspruch gefunden, so z. B. von Klemperer, der auch die Psychotherapie dem die organische Erkrankung behandelnden Arzt überlassen will. Aber, so wird man hier fragen müssen: ist der Facharzt psychotherapeutisch geschult? Ferner: hat er die erforderliche Zeit – und Psychotherapie erfordert viel Zeit – neben der körperlichen Untersuchung und Behandlung, den Durchleuchtungen usw. auch noch Psychotherapie zu treiben? Hat er Interesse an der Psychotherapie? Es kann jemand ein ausgezeichneter Lungenspezialist, ein guter Diagnostiker, ein in der körperlichen Behandlung überaus geschickter Arzt sein, ohne Interesse für die Psychotherapie, genau so wie der Psychotherapeut durchaus nicht manuell geschickt oder internmedizinisch begabt sein muß. Es handelt sich hier um ganz verschiedene Interessenrichtungen, und die Einstellung, mit der Internist und der Psychotherapeut an den Kranken herangehen, ist, wie auch v. Weizsäcker hervorgehoben hat, eine grundverschiedene. Es kommt hinzu, daß für den Psychoanalytiker etwa die körperliche Untersuchung und Behandlung der Kranken überhaupt ausscheidet, sie verstößt gegen eine Grundregel der analytischen Technik. Nun braucht man, glaube ich, durchaus nicht so weit zu gehen; die körperliche Untersuchung gehört meines Erachtens zur Allgemeinuntersuchung des Kranken, der, wie Jolowicz durchaus treffend hervorhebt, für ihr Unterlassen durchaus nicht immer Verständnis hat, aber es besteht doch ein großer Unterschied zwischen einer einmaligen oder gelegentlichen Untersuchung mit dem Ziel, dem Kranken das Fehlen jeder organischen Erkrankung versichern zu können, und der dauernden Kontrolle des körperlichen Zustandes und wiederholten körperlichen Eingriffen. Trotzdem braucht man hier meines Erachtens nicht allzu ängstlich zu sein, und so würde ich es immer noch für die beste Lösung halten, wenn ein psychotherapeutisch besonders ausgebildeter Assistent die Behandlung der Patienten übernehmen würde, die einer besonderen psychotherapeutischen Beeinflussung bedürfen. Wir werden noch zeigen können, daß deren Zahl in einem Lungensanatorium beschränkt ist.

Nun stoßen die Forderungen der Psychoanalyse überhaupt auf Schwierigkeiten: während der Analyse soll jede körperliche Untersuchung und Behandlung unterbleiben. Wollte man mit dieser Forderung Ernst machen, dann müßte man (vielleicht nicht auf eine jede psychische Behandlung, wohl aber) auf die Psychoanalyse bei Tuberkulösen, vielleicht auf die Psychoanalyse bei organisch Kranken überhaupt, verzichten, denn eine dauernde ärztliche Kontrolle des Lungenzustandes ist dringend erforder-

lich, um nicht unter Umständen Veränderungen zu übersehen und die Zeit zum Einschreiten zu versäumen, und wichtige Eingriffe, wie etwa Pneumothoraxnachfüllungen, Injektionen usw. sind nicht zu vermeiden. Wollte man in diesen Fällen die Psychotherapie aussetzen oder auf sie verzichten, so würde man gerade viele der Therapie bedürftige und zugängliche Fälle von vornherein ausschließen, ja man könnte eigentlich nur die ganz leichten Fälle, die auch ohne jede Therapie ausheilen, und die ganz schweren Fälle, in denen eine Therapie kaum mehr möglich ist, psychotherapeutisch behandeln. Die Forderungen der Psychoanalyse sind vielleicht bei reinen Neurosen durchführbar, nicht hingegen bei organisch Kranken.

Gegen die Trennung in Lungenfacharzt und Psychotherapeuten besteht aber ein anderer, sehr wesentlicher Einwand. Der Patient steht zwei verschiedenen Ärzten gegenüber. Nun ist dies freilich oft der Fall, so wird etwa der Kehlkopfspezialist hinzugezogen, oder der Augenarzt usw., aber hier handelt es sich doch um etwas ganz anderes als in dem Falle Lungenspezialist und Psychotherapeut. Wir kennen heute die Bedeutung der psychischen Bindungen zwischen Patienten und Psychotherapeuten, der „Übertragung". Gerade da, wo der Facharzt ein guter Arzt ist und auch menschliches Verständnis für den Kranken besitzt, wird, wenn nunmehr der Psychotherapeut hinzukommt, der Patient gleichsam zwischen zwei Übertragungsmöglichkeiten stehen und hin und her schwanken, was das Zustandekommen eines fruchtbaren psychotherapeutischen Verhältnisses erschwert. Dann aber wird es sich doch nicht ganz vermeiden lassen, daß der Kranke mit dem Lungenspezialisten auch manche seiner psychischen Sorgen bespricht, und daß sich auch dadurch Konflikte ergeben. Man kann dem Patienten immer wieder einschärfen, über die psychotherapeutischen Sitzungen mit niemandem, auch mit dem Lungenfacharzt nicht zu sprechen, und der Arzt selbst kann diese Aussprache zu vermeiden suchen: sie wird sich häufig genug doch aus der ganzen Situation ergeben, schon die Frage nach dem Befinden verleitet nicht selten dazu, sind doch die Klagen, die der Patient vorzubringen hat, zum großen Teil psychisch fundiert. Trotzdem erscheint aber die Heranziehung eines besonderen Psychotherapeuten überall da erforderlich, wo das Befinden des Kranken die Einleitung einer speziellen Psychotherapie – d. h. einer über die „allgemeine Aussprache" hinausgehenden Psychotherapie – erforderlich macht, und wo weder der leitende Arzt noch auch ein Assistent die Aufgabe der psychischen Behandlung übernehmen will oder kann. Der Erfolg hängt dann freilich zum Teil von dem Zusammenarbeiten der beiden, mit dem Kranken beschäftigten Ärzte mit ab: der Psychotherapeut darf seinen Einfluß auf die organische Krankheit nicht überschätzen, wie dies heute bisweilen geschieht

– glaubt man doch schon vor einem Zuviel an Psychotherapie warnen zu müssen –, und der Internist wird für die besonderen Bedingungen der psychischen Behandlung Verständnis haben müssen; dann werden sich viele Schwierigkeiten vermeiden lassen.

II

Das Ziel, welches die Psychotherapie verfolgt, ist das gleiche, wie das Ziel jeder Therapie: die Beseitigung der Störung; aber sie verfolgt dieses Ziel von einer ganz bestimmten Seite her. Wir wissen heute, daß die Anwesenheit des Tuberkelbazillus im Organismus nicht genügt, um eine manifeste Tuberkulose entstehen zu lassen, sondern daß es dazu einer Vielheit von Bedingungen bedarf, und daß auch eine Vielheit von Bedingungen über den Ablauf des Krankheitsprozesses entscheidet. Unter diesen Bedingungen sind auch solche, die wir als psychische bezeichnen, sie sind mit den somatischen eng verbunden. Die Psychotherapie sucht zunächst an diese psychischen Bedingungen anzuknüpfen und von ihnen aus den Krankheitsprozeß zu beeinflussen.

Wir stehen heute auf dem Standpunkt, daß das Psychische eine Einheit bildet, ich möchte diese hier, ohne mich in eine Diskussion über das „Ganzheitsproblem" einzulassen, als Persönlichkeit bezeichnen. Auf jeden Reiz reagiert die Persönlichkeit als Ganzes, nie nur ein Teil, und von dieser Persönlichkeit allein, und nicht von irgend welchen Teilen, hängt auch das Krankheitsgeschehen ab. Will die Psychotherapie etwas erreichen, so ist dies also nur auf dem Wege der Persönlichkeitsgestaltung möglich. Jede Psychotherapie muß diese erstreben, wenn sie überhaupt Erfolg haben will; tut sie das aber, dann erscheint – wie hier im Vorübergehen bemerkt sei – auch der Gegensatz zwischen symptomatischer und kausaler Psychotherapie wesentlich bedeutungsloser als oft behauptet wird: das einzelne Symptom läßt sich wirksam nur auf dem Wege der Persönlichkeitsgestaltung beeinflussen, mit dieser wird aber zugleich die „causa" angegriffen.

Man darf nie vergessen, daß eine Erkrankung wie die Tuberkulose für den Menschen ja wesentlich mehr bedeutet als ein sich irgendwo in seinem Organismus abspielender anatomischer Prozeß, sie ist ein sein Leben in weitem Ausmaß bestimmendes Schicksal, sie beeinflußt seine Lebensgestaltung und seine Lebensauffassung in weitestem Ausmaß, sie stellt ein Ereignis dar, das in seinen Lebensplan einbezogen und erlebnismäßig von diesem aus gestaltet wird. Letzten Endes müßte also die Psychotherapie auf eine Beeinflussung dieses Lebensplanes ausgehen. Doch versuchen wir nunmehr kurz einige wesentliche Momente, welche die Psychotherapie bei Lungenkranken erforderlich machen, zu bestimmen; daraus werden sich dann auch einzelne besondere Ziele der Therapie ergeben.

1. Von der Bedeutung psychischer Faktoren für den Verlauf organischer Erkrankungen war bereits oben die Rede; daß seelische Erschütterungen das Krankheitsgeschehen gerade im Falle der Tuberkulose ungünstig beeinflussen, haben die Tuberkuloseärzte immer zugegeben. Schon Turban beschreibt Fälle, die beim Auftreten depressiver Stimmungen rasch fortschritten. Daß auch bei der Manifestierung von bis dahin latenten Tuberkulosen, bei der Aktivierung scheinbar zur Ruhe gekommener Prozesse psychische Faktoren mitsprechen, habe ich selbst an einer Reihe von Fällen (die indessen nur eine Auswahl aus meinem Material darstellen) gezeigt[1]). Von hier aus ergibt sich also die Notwendigkeit, den psychischen Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen, nachzugehen und zu versuchen, diesen Einfluß abzubauen; diese Aufgabe deckt sich im wesentlichen mit der Aufgabe einer jeden Psychotherapie. Wenn die Psychoanalyse betont, daß oft während der analytischen Behandlung körperliche Erkrankungen in ganz auffallender Weise abheilen, so eben, weil die Analyse auch jene, das organische Krankheitsgeschehen beeinflussenden Erlebnisse auflöst. Der Erfolg ist im übrigen keineswegs auf die psychoanalytische Behandlung beschränkt, sondern er tritt auch bei Anwendung anderer Verfahren ein. Der Psychoanalytiker wird hier vielleicht sagen, daß es letzten Endes die Todestriebe seien, die den Menschen an der Tuberkulose „festhalten" lassen und ihren ungünstigen Verlauf bestimmen, daß daher die Analyse die Todestriebe aus der Tiefe hervorziehen, die Verdrängung aufheben muß; dann erfährt der Lebenstrieb, der Lebensdrang, der „élan vital" eine Stärkung, die zu einer Intensivierung der Abwehrkräfte führt und so den Menschen auch organisch besser gegen die Tuberkulose kämpfen läßt. Nun ist die Tatsache der Todestriebe sehr umstritten und die Mehrzahl der nicht psychoanalytisch Festgelegten wird sie ablehnen. Mir scheinen aber die Aufstellungen der Analyse doch einer gewissen Berechtigung nicht zu entbehren: es gibt Menschen, die „dem Tode zutreiben", nicht in jenem, fast möchte man sagen, banalen Sinne, daß jedes Leben dem Tode entgegengeht, sondern in dem analytischen Sinne. Ob die Todestriebe freilich ganz generell vorhanden sind, möchte ich dahingestellt sein lassen; wo sie aber vorhanden sind, muß zwischen ihren Trägern und Krankheiten eine gewisse Affinität bestehen. Sie werden stets die Vitalität stark beeinträchtigen und die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten herabsetzen.

2. Die Krankheit bedeutet nicht nur einen sich irgendwo im Organismus abspielenden Prozeß, sie kommt dem Menschen zum Bewußtsein; er reagiert auf das Wissen um sie, nimmt zu ihr Stellung; wie er reagiert, wie

[1]) Stern, Der psychische Faktor in der Ätiologie der Lungentuberkulose. Zschr. f. ärztl. Fortbildung, 1927.

er Stellung nimmt, ist durch seine ganze Persönlichkeit bedingt. Ich habe einzelne der typischen Erlebnisformen früher näher beschrieben und will an dieser Stelle auf sie nicht weiter eingehen; daß sie für die psychische Behandlung des Kranken von der größten Bedeutung sind, bedarf wohl keiner besonderen Begründung, denn die Psychotherapie hat die Aufgabe, die „richtige" Einstellung zur Krankheit herzustellen. Was aber hier „richtig" bedeutet, ist allgemein nicht zu entscheiden, sondern nur vom Individuum aus zu beurteilen, in dessen Lebenszusammenhang die Krankheit einzuordnen ist. Die Aufgabe der Psychotherapie ist dem Leichtsinnigen gegenüber, der an seine Tuberkulose nicht denken will und leben möchte, als ob er vollkommen gesund ist, ungeachtet der Gefahr, plötzlich zusammenzubrechen, eine ganz andere als dem gegenüber, der den Druck nicht los wird und in jedem Augenblick das Schlimmste fürchtet. Richtige Einstellung zur Krankheit, richtiges Verhalten im Leben sind für den Kranken von der allergrößten Bedeutung. Das gilt vor allem auch dann, wenn der Kranke nach seiner Wiederherstellung seine Lebensgewohnheiten, seinen Beruf ändern muß. Wenn die Erfolge, die Privatsanatorien erzielen, so viel günstiger sind als die Erfolge der Volksheilstätten, so liegt dies zum großen Teil daran, daß die Kranken der Privatsanatorien nach ihrer Heilung sehr viel eher imstande sind, den Forderungen der Gesundheit gemäß zu leben als die Heilstättenpatienten, die in das alte Milieu, in den alten Beruf (oft mit seinen schweren gesundheitlichen Gefahren) zurückgehen müssen. Die Erfolge der Heilstätten würden ganz zweifellos sehr viel bessere sein, wenn es gelänge, rechtzeitig eine Umstellung und einen Berufswechsel vorzubereiten und den Kranken nach der Entlassung in gesündere Verhältnisse zu bringen. Je früher sich der Kranke mit dem Gedanken vertraut macht, daß er sich umstellen, auf manches verzichten muß, um so besser. Hier liegen für die Psychotherapie wichtige Aufgaben: denn jeder Verzicht und jede Umstellung, die nur mit Verbitterung geschehen, schließen sehr ernste Gefahren in sich. Ob und wieweit eine Änderung der Lebensweise, des Berufes erforderlich ist, kann nur der Arzt entscheiden, und gerade diese Tatsachen zeigen erneut, wie wichtig es ist, die Psychotherapie in die Hand des Arztes zu legen.

3. Die wesentlichsten Klagen des Patienten resultieren häufig nicht aus dem organischen Krankheitsprozeß, sondern stehen mit diesem in einem mehr indirekten Zusammenhang. Die Tuberkulose zeigt im allgemeinen einen ausgesprochen chronischen Verlauf; sie erstreckt sich über Monate, oft Jahre. Die lange Dauer und die Notwendigkeit, die Berufsarbeit zu unterbrechen, die Herauslösung des Kranken aus seinem Lebenskreis, stellen die Psychotherapie vor neue Aufgaben. Der Patient hat häufig wenig Beschwerden – oft so wenig, daß er sich fragt, ob überhaupt die ganze Behandlung

nicht überflüssig ist; er liegt da: was soll er beginnen? Eine Langweile überkommt ihn, eine Leere und Öde stellt sich ein, die den einen dazu bringt, sich dauernd mit der Heimat und mit den beruflichen und wirtschaftlichen Sorgen, die er hat, zu beschäftigen, den anderen über die entgangenen Genußmöglichkeiten nachdenken und trauern läßt; manch einer wird stumpf, passiv, alle Interessen erlahmen, so daß er überhaupt nicht mehr denkt und, sagen wir ruhig, blöde daliegt und hinausstarrt. Es gibt Patienten, die nicht einmal mehr Schundromane oder Magazingeschichten lesen! Man fragt sich immer, wie sie den Tag herumbringen, oder, besser gesagt, wie die Zeit für sie vergeht – aber für sie ist dies kein Problem. Und es gibt große Sanatorien, in denen die Zahl dieser „Lebenskünstler" nicht gering ist. Kann es Aufgabe der Psychotherapie sein, diese Lethargie zu überwinden? Ich glaube nicht, und die Patienten würden sich nicht selten dagegen sträuben, wollte man den Versuch machen, sie umzustimmen, ganz abgesehen davon, daß an sie überhaupt schwer heranzukommen ist. Hingegen erscheint es mir wichtig, den Versuch zu machen, das Leben derer irgendwie auszufüllen und sinnvoll zu gestalten, die sich nach einer Erfüllung und sinnvollen Gestaltung sehnen. Von hier aus gesehen erscheint also eine Beschäftigungstherapie wichtig; freilich stößt sie auf große Schwierigkeiten, denn naturgemäß ist die Beschäftigungsmöglichkeit infolge der Erkrankung begrenzt. Was an Betätigungen geboten wird (und in vielen Fällen geboten werden kann), liegt dem Lebens- und Wirkungskreis des Menschen meist zu fern, als daß es ihn wirklich erfüllen könnte. Um so wichtiger erscheint der Ausbau einer Beschäftigungstherapie, die heute nur in Ansätzen vorhanden ist.

4. Wir sagten oben: Krankenbehandlung bedeutet Persönlichkeitsgestaltung. Was läßt den Menschen an der Krankheit „festhalten", wenn ich diesen Ausdruck hier einmal gebrauchen darf; was steht der Heilung im Wege? Haeberlin[1]) hat mit Recht darauf hingewiesen, daß es der Mangel an persönlicher Lebensgestaltung, an persönlichem Lebenssinn ist, der in engstem Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen steht. Der Mensch, der eine Aufgabe hat, die ganz ihn ausfüllt, die sein Leben beherrscht und an deren Erfüllung er hängt, hat ein ganz anderes Interesse daran, möglichst rasch wieder gesund zu werden und in seinen Lebens- und Tätigkeitskreis zurückkehren zu können, als derjenige, der in seinem Leben keinen Sinn findet, der kein Ziel kennt, der „des Ganzen überdrüssig" ist. Vielleicht ist diese Richtungslosigkeit des Lebens an sich schon ein Zeichen sehr geringer Vitalität – je größer die Vitalität, um so größer vielleicht auch der Drang,

[1]) Vgl. Haeberlein, Lebensgeschehen und Krankheitsgeschehen, Leipzig 1926; ferner Ärztliche Seelenkunde, Leipzig 1926.

sie auszuleben, irgendwie sich zu betätigen, etwas zu schaffen – sicher aber ist, daß das Interesse an der Gesundung durch sie nicht gefördert wird. Vielleicht ist dieses Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens heute größer als in manchen früheren Zeiten, denn einmal ist das religiöse Erleben bei einer sehr großen Zahl von Menschen heute überaus schwach, jenes Erleben, das den Menschen unmittelbar in sinnvolle Zusammenhänge hineinstellt und seinem Leben einen Sinn verleiht; zum anderen aber machen die Arbeits- und Wirtschaftsverhältnisse einer sehr großen Zahl von Menschen die Auswirkung ihrer Persönlichkeit unmöglich, und Arbeit und Beruf vermögen nicht, sie auszufüllen und ihrem Leben Sinn zu geben, so daß die Erfüllung des Lebens auf irgend welchen „Nebenkriegsschauplätzen" gesucht wird. Vielleicht ist diese innere Leere, diese Sinnlosigkeit des Lebens eine der tiefsten psychischen Krankheitsbedingungen überhaupt. Von hier aus ergeben sich die schwersten Aufgaben der Psychotherapie: das Leben sinnvoll zu gestalten. Auch wenn es gelingt, Hemmungen und Konflikte abzubauen, Triebverdrängungen zu lösen, dem Menschen die Verfügung über sich wiederzugeben, so bleibt doch immer noch die Frage offen, wozu er die wiedergewonnene Freiheit nutzt und wie er seine „Triebe" verwendet. Daß diese Aufgabe, die man als Psychosynthese bezeichnen könnte, ungemein schwierig zu lösen ist, bedarf keines Beweises. Sie wird um so schwerer da zu erfüllen sein, wo die Konflikte und Reibungsmomente fortbestehen und wo ein Entrinnen kaum möglich ist: ein unbefriedigender Beruf, eine zerrüttete, aber nicht zu lösende Ehe usw. sind starke Realitäten, die immer wieder erneut Konfliktstoff liefern.

III

Versucht man nun die Aufgabe der Psychotherapie im Lungensanatorium praktisch in Angriff zu nehmen, so zeigen sich sofort eine große Reihe von Schwierigkeiten. Das Ergebnis jeder Psychotherapie hängt in weitem Umfange davon ab, ob der Kranke bereit ist, auf den „Krankheitsgewinn" zu verzichten, ob er überhaupt gesund werden will. Gewiß ist das Festhalten an der Krankheit sehr häufig unbewußt, und der Kranke hat durchaus recht, wenn er sagt, er wolle gesund werden; oft aber ist der Wille zur Gesundheit auch im Bewußtsein sehr schwach, und der Wille zur Krankheit liegt sehr an der Oberfläche – bisweilen ist er sogar vollkommen bewußt. Geht dann der Patient aus irgend welchen Gründen doch auf eine psychische Behandlung ein, so versucht er, den Arzt irgendwie hinters Licht zu führen.

Den wesentlichen Grund zur Einleitung einer psychischen Behandlung bildet das Leidenserlebnis; aus ihm erst erwächst der Wunsch und der

Wille, sich zu ändern, sowie die Bereitschaft, dem Psychotherapeuten zu folgen. Nehmen wir nun den Lungenkranken: bei vielen ist das Leidenerlebnis außerordentlich schwach. Ich denke hier zunächst an die große Gruppe der absolut Indolenten und Indifferenten, die durch nichts aus ihrer Ruhe – fast möchte man sagen: aus ihrem Stumpfsinn – aufzurütteln sind, jene Menschen, die nicht nur tage-, sondern monate- und vielleicht auch jahrelang auf ihrem Liegestuhl zubringen können, ohne sich zu beschäftigen, ohne auch Langeweile zu empfinden, die ins Blaue starren und sich dabei zufrieden fühlen. Die Krankheit macht wenig oder gar keine Beschwerden; sie schreitet nicht voran, zeigt eine geringe Heilungstendenz. Man wartet ab – sofern man eben warten kann. Denn hier liegt ein entscheidender Punkt: die Situation ist für den Arbeiter, dem die Versicherung eine dreimonatige Kur bewilligt, eine durchaus andere wie für den Patienten des großen Privatsanatoriums mit unbeschränkten Mitteln. Er trauert vielfach nicht, daß er einem „tätigen Leben" entzogen wird, denn dieses hat er häufig genug nie gekannt; höchstens ist er verstimmt, daß die Zahl der Genüsse, die ihm im Sanatorium zur Verfügung stehen, so gering ist, daß er so wenig Abwechslung hat. An diese Menschen ist naturgemäß mit einer Psychotherapie kaum heranzukommen.

Eine zweite Gruppe bilden die jungen unfertigen Menschen[1]) zwischen 16 und 20 Jahren, die aus der Schule herausgerissen worden sind oder die gerade im Anfang der Berufsausbildung stehen und die keine bestimmten Neigungen und Interessen haben, die schwach und in gewissem Sinne haltlos sind. Für sie bedeutet die Erkrankung ein doppeltes Unglück: sie wissen nicht, sich zu beschäftigen, und das Leben des Sanatoriums kommt in vieler Beziehung ihrer ganzen seelischen Einstellung entgegen, ihrer Trägheit, ihrer Arbeitsunlust, ihrem Geselligkeitsbedürfnis – denn fast immer finden sich mehrere ähnlicher Haltung zusammen –, ihrem Hang zum Genießen. Hier lernen sie das Leben von einer wenig wertvollen, ihnen aber durchaus sympathischen Seite kennen: sie finden Gelegenheit zum Flirt, und oft sind es ältere Frauen, die die jungen Leute an sich heranzuziehen suchen; hier wird gespielt, sie lesen schlechte, aufreizende Literatur, beobachten das Leben der Erwachsenen aus der Nähe und „lernen" daraus, und die Tuberkulose bildet einen Vorwand, zu bleiben, nichts zu tun, sich gehen zu lassen. Wird hier nicht rechtzeitig eingegriffen, so mag mancher den Anschluß an Leben und Arbeit überhaupt verlieren, darunter auch manch einer, dem es später nicht möglich sein wird, dieses „seigneurhafte" Leben zu führen, sondern der

[1]) Vgl. hierzu Künkel, Charakterkunde auf individualpsychologischer Grundlage. 2. Aufl. Leipzig 1929. Ferner Landauer, Indikation zur Psychoanalyse. Hippokrates, 1929, Bd. 1.

darauf angewiesen ist, von seiner Arbeit zu leben. Viele von diesen Fällen kommen für eine psychische Behandlung nicht in Frage, weil sie in ihr von vornherein eine Gefahr für ihre Lebensführung wittern und sich ihr zu entziehen suchen; in anderen Fällen kann sie aber zweifellos viel erreichen. Wesentlicher jedoch wäre es meines Erachtens, junge Menschen nicht in das Sanatoriumsmilieu zu verpflanzen, sondern sie in besonderen Anstalten, Heime zu bringen, in denen von vornherein auch für die geistige Beschäftigung Sorge getragen wird; für Studierende kämen etwa Studiensanatorien in Frage. Wird von Anfang an für eine ausreichende Beschäftigung Sorge getragen – naturgemäß auch hier im Rahmen des Möglichen –, so wird sich die oben angedeutete verhängnisvolle Einstellung gar nicht erst ausbilden.

Eine dritte Gruppe bilden die Patienten, für welche die Krankheit einen unmittelbaren Vorteil darstellt, oder die aus ihr einen Vorteil zu ziehen wissen und bei denen aus diesem Grunde der Wille zur Gesundheit sehr gering ist, besonders, wenn es sich um klinisch leichte Fälle handelt. Dann wird die Tuberkulose geradezu kultiviert und konserviert, und der Patient spielt den sehr schwer Kranken, der das Bett kaum verlassen kann, den Unglücklichen, Unzufriedenen, während er in Wahrheit – meist auch vollkommen bewußt – froh über seine „kleine Tuberkulose" ist; ist er unzufrieden, so höchstens darüber, daß er sich gerade dieses Mittels bedienen muß, um einen Zweck zu erreichen, aber der Zweck heiligt die Mittel und macht sie ihm annehmbar. Zunächst gehören in diese Reihe diejenigen, die sonst relativ dürftig leben und eine unangenehme Arbeit – manchen von ihnen ist aber jede Arbeit unangenehm – verrichten müssen und für die nun von irgend einer Seite gesorgt wird, solange sie krank sind, sei es, daß irgend ein Onkel aus Amerika freiwillig die Fürsorge übernommen hat, oder daß irgend ein Rechtsanspruch besteht, daß eine Versicherung zahlt usw. Es gibt auch hier Künstler, die alle entferntesten Möglichkeiten auszuschöpfen wissen und die man als Nutznießer der Krankheit bezeichnen könnte. Sie sind bereit, mannigfache Mühen auf sich zu nehmen, um ihr Ziel zu erreichen; man kann sich gelegentlich wundern, daß ein körperlich wenig kranker oder fast gesunder Mensch sich wochenlang ins Bett legt, um seine Krankheit allen vor Augen zu führen, und genügt schließlich die Tuberkulose nicht mehr, so kann noch eine hysterische Gehstörung, die dann auf die Tuberkulose bezogen werden kann, dazu „arrangiert" werden. Bisweilen mag noch ein anderes Motiv mitspielen, die Krankheit ist ein ausgezeichnetes Mittel, sich an seiner Umgebung für irgend welche vermeintliche oder wirklich erlittene Unbill zu rächen, man verursacht Sorgen, Aufregungen, Kosten, man schikaniert die Angehörigen, wo man kann, hält sie dauernd in Bewegung und freut sich darüber; man wird sich doch nicht leicht entschließen,

eine subjektiv so befriedigende, ein solches Machtgefühl verleihende Position aufzugeben. Bisweilen verbindet sich diese Haltung mit dem Wunsche, nicht wieder in die frühere Umgebung zurückkehren zu müssen, ich denke etwa an eine unglückliche Ehe, der kranke Teil ist von dem anderen getrennt, kann ihm seine Krankheit zum Vorwurf machen; er lebt im Sanatorium ruhiger, zufriedener, freier als daheim und hat daher gar keine Neigung, alle Sorgen und Aufregungen, Reibereien und Unzuträglichkeiten, die zu Haus bestehen, wieder von neuem auf sich zu nehmen. Weshalb soll er dann auf die Krankheit „verzichten", die ihm bessere Lebensmöglichkeiten gewährt? Der Patient sieht diese Zusammenhänge häufig vollkommen ein, wenn er sich auch über ihre Bedeutung für den Krankheitsablauf nicht im klaren ist. Oder der Kranke will nicht in seine alte Umgebung, in seine alte Tätigkeit zurück, vielleicht weil er sich ihr nie gewachsen, sich nie in ihr recht wohl gefühlt hat, vielleicht weil er in der Zwischenzeit zuviel andere Eindrücke empfangen, neue Interessen gewonnen hat, weil er der Arbeit entfremdet worden ist. Verwandt dieser Einstellung ist eine andere: der Kranke möchte gern heim, aber er fürchtet doch die Heimkehr, sei es, daß er glaubt, die Angehörigen hätten sich, besonders in seiner Einstellung zu ihm, geändert, sei es, daß er selbst den Eindruck hat, ein anderer geworden zu sein, sei es, daß er berufliche Schwierigkeiten fürchtet; manch einer wird sich ja nach der Rückkehr hinsichtlich seiner Tätigkeit starke Beschränkungen auferlegen müssen. Gerade diesem Typus gegenüber hat die Psychotherapie wichtige und dankbare Aufgaben zu erfüllen.

Eine seelische Behandlung kann und soll niemandem aufgedrängt werden. Wer stumpfsinnig weiterleben oder wer an seiner Krankheit festhalten will, ist kein Objekt psychotherapeutischen Handelns. In den großen Lungensanatorien finden sich viele Patienten, die in ihrem Leben nie etwas gearbeitet haben, die irgend welche Ziele nie kannten, ihre Krankheit würde es gewiß günstig beeinflussen, wenn es gelänge, ihnen irgend einen Antrieb zu geben. Aber, wer als Gesunder nicht gearbeitet und seine Zeit wertvoll ausgefüllt hat, der wird auch als Kranker nicht dazu zu bringen sein, sich zu beschäftigen – selbst wenn er über Langeweile klagt –, was bei vielen von diesen Patienten nur das Fehlen von Genußreizen bedeutet. Diese Menschen erziehen zu wollen, dazu fehlt jeder Grund, sie wollen es gar nicht anders haben. Wo der „normale", aktive, gesunde Mensch sich danach sehnt, eine Arbeit, eine Aufgabe zu erfüllen, und deshalb heimzugehen, sehnen sie sich danach, etwas „Zerstreuung und Abwechslung", mondäne Vergnügungen zu haben, und wenn es ihnen besser geht, gehen sie in das nächste Weltbad oder die nächste Großstadt, um sich zu „amüsieren". Diese ganze Gruppe scheidet von vornherein für die Psychotherapie aus, und diese Gruppe ist

in den großen Sanatorien nicht klein. Es scheiden weiterhin diejenigen aus, die bewußt an der Krankheit festhalten wollen und die es ablehnen, sich umstimmen zu lassen. Auch deren Zahl ist nicht gering. Während die erstgenannte Gruppe wohl nur in Privatsanatorien anzutreffen ist, kann diese auch in Heilstätten gefunden werden. Es gibt dann weiterhin eine große Reihe von Kranken, die unter der Erkrankung relativ wenig leiden, sich leicht abfinden und die sich mehr oder minder rasch erholen, die eine psychische Behandlung kaum notwendig haben, sie auch nicht wollen, und dann andere, bei denen die „einfache Aussprache" vollauf genügt, um ihre kleinen Sorgen und Bedenken zu zerstreuen und ihre Lebensfreude und Lebensenergie zu stützen.

So darf man Aufgabe und Umfang der Psychotherapie im Lungensanatorium nicht überschätzen, es bleibt für die psychische Behandlung im engeren Sinne eine relativ kleine Zahl von Kranken, wie wir dies oben schon kurz angedeutet haben. Zunächst ist hier an diejenigen Kranken zu denken, die eine Neurose haben und bei denen zwischen Neurose und Tuberkulose Beziehungen bestehen; für sie bedeutet die Behandlung der Neurose zugleich eine Behandlung der Tuberkulose – gewiß nicht die einzige und die ausreichende Behandlung, aber eine Behandlung, welche die Tuberkulosetherapie wertvoll zu unterstützen vermag. Dann aber kommen für die Psychotherapie die Tuberkulösen mit einer latenten Neurose in Betracht, wobei nicht allein daran zu denken ist, daß die latente Neurose durch die Tuberkulose manifest werden kann, sondern vor allem, daß die neurotische Einstellung (auch ohne daß es zu einer ausgesprochenen neurotischen Störung kommt) durch die Erkrankung verschärft wird, daß das Milieu nicht günstig wirkt. Gerade die Patienten mit einer latenten Neurose leiden unter der Krankheit, unter den wirtschaftlichen, beruflichen, familiären Sorgen am meisten. Und, das möchte ich nochmals hervorheben, das Erlebnis des Leidens, das Streben, über das seelische und körperliche Leid hinwegkommen zu wollen, ist ein wesentlicher Faktor bei der Einleitung und Durchführung der Psychotherapie. Dann kommen für eine seelische Behandlung die Kranken in Betracht, bei denen seelische Faktoren in erheblichem Maße an der Krankheit beteiligt sind und die gesund werden wollen, die bereit sind, sich einer psychischen Behandlung zu unterwerfen, Kranke, die den bestehenden Zustand als unbefriedigend empfinden und die über ihn hinwegkommen wollen, die sich nach Leben und Tätigkeit sehnen, die unter der Krankheit leiden. Auch für die Überleitung der Kranken in das normale Leben kann die psychische Behandlung eine sehr wesentliche Rolle spielen. Die Krankheit ist eine Realität, mit der der Mensch rechnen muß und der er in seinem Verhalten Rechnung zu tragen hat, das bedeutet aber für viele den Verzicht auf manche

liebgewordene Gewohnheit, den Verzicht auf manche Zerstreuung, den Verzicht auf manche früher treibenden Lebensziele, für Frauen häufig auch den Verzicht auf Kinder, für Männer den Zwang beruflicher Umstellung. Psychotherapie bedeutet hier also nicht nur den Kampf gegen die manifeste Krankheit, sondern zugleich die offene Auseinandersetzung mit wichtigen Lebensproblemen.

Vielleicht darf ich hier noch ein Wort über die Angehörigen hinzufügen, auch sie geben ein wesentliches Hindernis für die erfolgreiche Durchführung der Psychotherapie ab. Die Individualpsychologie hat deren Bedeutung für den Ablauf neurotischer Erkrankungen besonders deutlich hervorgehoben, spricht sie doch geradezu von der „Beziehungsperson"[1]) eines Menschen; zahlreiche Symptome sind nur aus der Beziehung auf eine bestimmte Person zu verstehen. Daß dies auch für den Tuberkulösen gilt, daß er seine Krankheit als Mittel zur Durchsetzung, zur Rache benutzt, wurde oben bereits kurz gesagt. Daher auch der Leidenswille mancher Kranken, „ich will aber leiden, ich will mich nicht zerstreuen", sagte mir eine Kranke ganz offen, als ich ihr empfahl, sich etwas zu beschäftigen und dadurch abzulenken. Betrachtet man aber das Verhalten der Angehörigen den Kranken gegenüber, so wird man in einer sehr großen Zahl von Fällen von der Unvernunft und dem Unverständnis geradezu entsetzt sein. Auch hier ließen sich eine ganze Reihe verschiedener Typen unterscheiden: die Mutter, die dauernd jammert, sei es über die Krankheit oder über die Höhe der Kurkosten, und die diese dem Patienten stets vorrechnet und die in diesem schwerste Reaktionen auslösen kann; die Angehörigen, die es nicht verstehen können, daß die Krankheit so lange dauert und eine so lange Behandlung erforderlich macht, die immer meinen, der Arzt halte den Kranken hin[2]), und die ihm seine ihm „suggerierte" Ängstlichkeit vorhalten, ihn gelegentlich auch zu Spaziergängen und anderen „Leistungen" ermuntern, denen er nicht gewachsen ist; demgegenüber die allzu Ängstlichen, die dem Kranken dauernd mit guten Ratschlägen in den Ohren liegen, die ihm keinen Schritt gestatten und die ihn verwöhnen und ihm alles abnehmen; das sind einige Verhaltensweisen der anwesenden Angehörigen. Man kann ihre Wirkung immer wieder beobachten, das Verhalten wird auf die Angehörigen abgestellt, sei es, um die Notwendigkeit des Kuraufenthaltes zu beweisen, sei es, um sich die Fürsorge auch weiterhin zu sichern; der Patient kommt

---

[1]) Vgl. Künkel, Charakterkunde auf individualpsychologischer Grundlage. 2. Aufl. Leipzig 1928.

[2]) Die Schuld hieran tragen zum Teil die Ärzte, die den Kranken vorher behandelt haben und die ihm und den Angehörigen gegenüber von einer Dauer von 2 oder 3 Monaten gesprochen haben.

gerade im letzteren Falle leicht zu einer vollen Inaktivität, er hetzt die Angehörigen hierhin und dorthin und nutzt sie in einer den Fernerstehenden abstoßenden Weise aus. Dabei ist es den Angehörigen im allgemeinen sehr schwer klarzumachen, was sie mit ihrem Verhalten anrichten.

Man muß aber auch die Gefahr der Briefe, also des Einflusses der Fernseienden in Betracht ziehen; die Briefe bilden für den Patienten eine sehr wesentliche Abwechslung, und die Post wird im allgemeinen sehnsüchtig erwartet. Wenn aber in den Briefen der Angehörigen immer die Frage wiederkehrt: wann kommst du nun eigentlich zurück? oder wenn trotz der Mitteilung, es gehe unverändert, in jedem Briefe der Satz wiederkehrt: es geht dir sicher viel besser, so sieht der Kranke vielfach darin einen Vorwurf, und er fühlt sich bedrückt. Auch eingehende Schilderungen von Angehörigen oder Freunden, wie „lustig" das Leben daheim sei, wie ein Vergnügen das andere jage, wirken besonders auf jüngere Kranke niederdrückend und verstimmend; sie vergleichen ihr Leben mit dem Leben der anderen. Auch das muß kurz erwähnt werden, daß vielen der Angehörigen jedes Verständnis für die Lage des Kranken abgeht, der unzufrieden und gereizt ist und dem man vorhält, er solle doch zufrieden sein, sich pflegen zu können. Ich weise ferner darauf hin, daß das alte Vorurteil gegen den Tuberkulösen auch heute noch nicht ausgestorben ist, und daß viele ihn aus Furcht vor der Ansteckung meiden. Wie das auf ihn wirkt, kann sich der Gesunde nur schwer vorstellen. Oft ist die Psychotherapie des Kranken nicht ausreichend, sie müßte ergänzt werden durch eine Behandlung des Gesunden, der „Beziehungsperson" in erster Linie. Stellt diese sich anders zum Patienten ein, so werden manche Reaktionen schwinden.

Auf Einzelheiten der Durchführung der psychischen Behandlung kann hier nicht eingegangen werden. Wir werden auf diese später ausführlicher zurückkommen. Woran mir vor allem lag, war zu zeigen, daß sich der psychischen Behandlung im Lungensanatorium – lediglich vom Privatsanatorium, nicht von der Heilstätte, wo die Dinge in wesentlichen Punkten anders liegen, war in den vorstehenden Erörterungen die Rede – eine Reihe von Schwierigkeiten entgegenstellen und daß ihr Grenzen gezogen sind. Nur eins möchte ich abschließend hier bemerken, die psychotherapeutische Methode, das anzuwendende Verfahren muß je nach Art und Persönlichkeit des Kranken gewählt werden, jedes Schematisieren erscheint mir verfehlt.

REFERATENTEIL

I. Allgemeines

*Berggrav, Eivind, Der Durchbruch der Religion im menschlichen Seelenleben. (Aus dem Norwegischen übertragen von V. K. Günther.) Vandenhoek & Rupprecht, Göttingen 1929. IV und 184 Seiten. Preis RM. 8.–, geb. RM. 9.80.

Die Fragestellung, ob die Religion aus einem seelischen Defizit entstanden oder ob sie ein Überschußphänomen ist, wird unter Eingehen auf die Lehren Humes, Spinozas, Feuerbachs untersucht. Die Deutung, daß Religion ein Ergebnis der Furcht sei, wird als im wesentlichen unzutreffend abgelehnt; unter Heranziehung der Ergebnisse der Psychologie der auch der Furcht fähigen Tiere (Köhler) wird als der Unterschied zwischen Mensch und Tier die Tatsache festgestellt, daß der Mensch stets weitergehen kann, befreit von der Fessel des Augenblickes. Drang und Zwang zur Perspektivverlängerung und das hiermit gegebene Erwartungsgefühl sind eigentümlich menschliche Begabungen; sie wurzeln in der von B. als elementarer Trieb bezeichneten „grenzüberschreitenden Tendenz“, die nicht Fähigkeit, sondern Zwang ist. Zu ihr im Gegensatz wird der theoretische, der Vorstellung unzugängliche Begriff der Unendlichkeit gestellt. Grenzüberschreitung ist der praktische und konkrete Ausdruck für Unendlichkeitsempfindung. Wir können nicht ohne Grenze leben, das Grenzenlose würde uns lähmen; es kann für uns nur Annäherungsbegriff sein. Die grenzüberschreitende Tendenz findet sich nun auf allen Gebieten des Seelenlebens. Als Grundphänomen des Ich wird bezeichnet, daß das Ich auf allen Gebieten über das Vorliegende hinaus nach dem Möglichen tendiert. Im Anschluß an Höffding wird auch das Denken in der Form des Nachdenkens als Tendenz zur Expansion, als Nach-„Spüren“ bezeichnet, das niemals einen Abschluß vornehmen kann. Auch das Wesen unseres Wissens besteht im zunehmenden Drang, näher zu kommen, nicht im Besitz; daher ist die docta ignorantia (Cusanus) das Wissen des Denkens um seine eigene Grenze. Das metaphysische Bedürfnis ist die Tendenz des Überschreitens und zugleich Zentraläußerung der Seele. Auch für die Ethik wird gezeigt, daß ihr Maßstab nie endgültig festgelegt und abgeschlossen werden kann. Als besonders bedeutsame Seite der Kunst wird die Perspektivöffnung in Verbindung mit Horizontbildung und Neigung zur Grenzüberschreitung gekennzeichnet. In der organischen Harmonie der Natur entsprechen nun Trieb und Objekt einander; das gilt auch für das Reich des Religiösen, als dessen Keim die große Übertendenz des Ich-Kernes genannt wird. Der religiöse Akt ist die Begegnung und die Gemeinschaft mit einem im Verhältnis zu allem Menschlichen gleichzeitig sublimen und Ich-verwandten Lebensfaktor; im Ich allein geschieht der Durchbruch der Religion. Der Ursprung der Religion liegt weder in der Verlängerung des Denkens noch in der der Ethik, noch gar der Kunst; sie hat ihren eigenen Quellgrund, nämlich da, wo das Ich in der Ausgestrecktheit nach dem ihm verwandten Sublimen über seine eigene Grenze hinausstrebt. Exakte Psychologie kann die Religion nur bis zu einer gewissen Schwelle verfolgen; sie kann religiöse

Zustände nur als verschlossene Größen behandeln, falls sie sie beschreiben will, wenn auch die Voraussetzung einer Kontinuität des „Jenseits der Grenze" mit dem erfahrungsmäßig Zugänglichen zu bejahen ist. Wo eine Tendenz ist, muß auch eine Entsprechung sein. Das religiöse Erlebnis ist die auf dem Ichgebiet statthabende Begegnung zwischen Ahnung und Wirklichkeit. Ausgang aus dem Ich (Ekstasis) und Begegnung sind die beiden Hauptmomente im religiösen Akt, die in den verschiedensten kultischen Initiationsriten zur Geltung kommen. In dem für immer unabschließbaren religiösen Akt handelt es sich um ein Durchfühlen von etwas, das unaussprechlich mehr ist als das Selbst (R. Otto). Religion ist vollgültige Funktion der Menschenseele; wird sie nicht geübt, dann verkümmert das Zentrum aller Geisteskultur.

C. Haeberlein-Bad Nauheim.

Grund, G. (Univ.-Polikl. Halle), Psychologische Grundlage der Anamnese. M. m. W., 1929, Nr. 2, S. 49–51.

Versuch, die Lehre von der Anamnese zu vertiefen. Außer Berücksichtigung allgemeiner Gesichtspunkte soll die spezielle Analyse der Krankheitsempfindungen und -beobachtungen und der aus ihnen resultierenden komplexen Krankheitsvorstellungen im Vergleich mit den klinischen Krankheitsbildern das ärztliche Verständnis für Krankheit und Kranken fördern. Die speziell affektiven seelischen Vorgänge berücksichtigt Verf. an dieser Stelle gar nicht. R. Heyer-München.

*Schilder, P., Gedanken zur Naturphilosophie. J. Springer, Wien 1928. VI und 177 Seiten. Preis RM. 7.80.

Mit diesem Buche entledigt sich Sch. einer Verpflichtung, die jedem wahrhaft wissenschaftlich Arbeitenden aufgegeben ist: nämlich die philosophischen und das heißt ja weltanschaulichen Grundlagen seines Arbeitens zusammenhängend darzulegen. Insoweit ist ein solches Buch ein Kommentar, darüber hinaus aber ist es eine Leistung, weil für den Lesenden, wie für den Arbeitenden selbst erst durch eine solche Systembestimmtheit jede Behauptung Bedeutung und dann erst produktive Fähigkeiten erhält. Soll man die Weltanschauung Sch.s kurz formulieren, so könnte man sagen, sie sei in ontologischer Hinsicht psychovitalistisch, in erkenntnistheoretischer Hinsicht realistisch und im Ethischen aktivistisch resigniert. Die eine Koordinate seines Systems bildet die Überzeugung, daß uns eine objektive Welt gegenübersteht, die wir als solche richtig erkennen können, und die zu bewältigen Sinn des Daseins ist. Die zweite Grundüberzeugung ist, daß die verschiedenen Wissenschaften über diesen identischen Gegenstand identische, nur hinsichtlich ihrer Formulierung verschiedene, Aussagen machen. Und da das Psychische, übrigens das Charakteristikon alles Lebens, uns den lebensnahesten Ansatz bietet, ist Sch. überzeugt, daß wir „allen Grund haben, die vorgegebenen Formen des Erlebens erkenntnistheorethisch und metaphysisch ernst zu nehmen. . . . und daß letzten Endes physikalische Erkenntnis von psychologischer Erkenntnis nicht wegführen kann". So wird ihm z. B. die Lehre von der Konstanzenergie des Weltganzen zum „ungeheueren Ausdruck einer psychischen Tatsache: der unbeschreibbaren Konstanz des Ich". Aber – und das ist eine philosophisch ebenso bedeutsame wie delikate Unterscheidung – es handelt sich hier um keine Projektion des Ich in die Welt, sondern um eine Grunderfahrung, welche sich in verschiedenen Stufen darstellt. Denn kraft dessen, daß wir beseelte Wesen sind, haben wir zu tiefst ein Wissen von der Welt, das sich nie „falsch", sondern nur unvollständig, d. h. in Teilansichten offenbart, in dem Weltbild niederer organisierter Lebewesen, des Kindes,

von Primitiven oder der exakten Wissenschaft. Letzterer bleibt grundsätzlich ein wesentlicher Faktor verschlossen: die Freiheit; und der physikalischen Wissenschaft im speziellen die Erfassung des Lebens, denn die Kategorie des Lebens ist Zweckhaftigkeit, die wesensmäßig aus dem Sehwinkel der Physik herausfällt. Wesenhaftes Ziel organismischen Seins ist Bewältigung der Außenwelt. Die Wahrnehmung ist schon ein Teil dieser Bewältigung. Wie aber das Reale grundsätzlich in seiner Qualitätenfülle nie vollständig durchschaubar, so ist es auch für das aktive Handeln unvollständig bewältigbar. Organe sind formgewordene Reaktionen auf Erregung des Lebenden von der Außenwelt her, und zwar bleiben solche organbildende Reste von Erregungen immer dann zurück, wenn eine sofortige Reaktion nicht möglich ist z. T. infolge der Größe des zu erledigenden Widerstandes in der Wirklichkeit. Der Instinkt steht in der Mitte zwischen organischer Form und psychologischem Erleben. Es sind fixierte Gelegenheitsapparate, in verschiedenen Belangen hysterischen Mechanismen durchaus vergleichbar. Im Trieb sieht Sch. etwas, das dem Wesen nach der motivierten Absicht und Handlung weitgehend entspricht und von der Handlung her am besten verstanden werden kann. Das spezifische Lebendige liegt im triebhaften Streben, das die Erfüllung des Triebes überdauert. „Es ist nicht richtig, wenn Freud die Ruhe als das Ziel des Lebendigen ansieht." Denn nur am Widerstand der Welt entzünden sich alle Qualitäten und Funktionen der Organismen, Wahrnehmen, Denken, Handeln. Allerdings mißversteht man diese Bewältigungstendenzen, wenn man ihr Ziel in einer Vernichtung der Außenwelt sehen wollte: die große Bedeutung des „Widerstandes" im ganzen Philosophieren Sch.s findet hier seine wichtigste Ausprägung, indem er zur Begründung der Ethik wird: denn die Freude am Bewältigen wird erst gesetzt durch die gleichzeitige Freude am dauernden Bestand der anderen! „Irgendwie wünschen wir immer wieder eine Welt und einen Menschen vor uns zu haben . . . Es gibt eine primäre Güte und Hilfsbereitschaft". An die Seite der Aktivität tritt nun Passivität, nicht aber als eine Art „Minus", sondern eine eben solche Grundeigentümlichkeit des Seelischen und des Organischen, wie die Aktivität. Aber auch sie bleibt letztlich gehemmt, einer letzten Hingabe steht immer wieder eine fremde Welt gegenüber. Der Ausdruck dieses Ineinanderverschlungenseins dieser beiden Grundhaltungen des Lebendigen ist die Sexualität; sie wird dadurch zum konstitutiven Merkmal des Lebens schlechthin. In allen ihren Details zeigt sie auch endlich das Phänomen der Angepaßtheit, des Angewiesenseins des Organismus auf ein Außer-ihm-Seiendes zwecks seiner Entfaltung und Erhaltung. So zeigt sich immer klarer als Grundzug der Sch.schen Weltanschauung ein Zug, der zugleich Grundzug des modernen Denkens überhaupt ist: der Respekt vor dem Objekt. Daher auch Sch.s strikte Absage an die Transzendentalphilosophie. Und sicherlich liegt hierin auch der letzte Grund seines Hinauswachsens über die Grundpositionen der Psychoanalyse in ihrem weltanschaulichen Gehalt. Osw. Schwarz-Wien.

*Wust, Peter, Die Dialektik des Geistes. Verlag Dr. Benno Filser, Augsburg 1928. XV u. 752 Seiten. Preis RM. 26.–.

Das Problem des Menschen und das der Menschheit, der antinomischen Struktur innerhalb jedes Individuums und des Widerstreites der Geschehnisse und Meinungen innerhalb der politischen und Geistesgeschichte sind hier einem grüblerischen und zugleich scharfsinnigen Kopfe angesichts der faktischen Lage der historischen und kulturellen Welt Anstoß zu weit ausgreifenden Überlegungen geworden. W., auf dem Boden eines katholisch-scholastischen Ontologismus stehend, versucht von dort aus,

nicht ohne seine Voraussetzungen klar darzustellen, in die heute so aktuellen Fragen nach der Dialektik des Seins und Geschehens Klarheit zu bringen. Sorgfältige Analysen, eine weit umfassendere Sachkenntnis und Belesenheit, als sie etwa das Namenregister anzeigt, Fähigkeit zu prägnanter Formulierung, vor allem tiefer Ernst und hohes Verantwortungsbewußtsein zeichnen das nicht gerade leicht zu lesende Werk des Kölner Denkers aus. Natur und Geist behandelt der erste Teil, das Wesen der menschlichen Persontiefe der zweite. Wiewohl in durchaus philosophischer Absicht gehalten, bietet dieser Abschnitt eine Fülle auch psychologischer oder zumindest anthropologischer Ausblicke, darin einigermaßen Schelerschem Forschen ähnlich, dessen W. wiederholt trotz grundsätzlich anderer Einstellung mit hoher Achtung gedenkt. Natur läuft stets im Kreise; der Kulturwille des menschlichen Geistes aber bewegt sich in Oszillationen, als Ausdruck der ihm wesenhaften Dialektik. Diese aber hat Hegel zwar erkannt, aber irrtümlich zu einer universalen Kategorie erhoben, so daß sein System das Wesen eines Geistesnaturalismus trägt. Unterhalb des menschlichen Geistes, in der Natur, und oberhalb im Absoluten waltet keine Dialektik, sondern Gleichgewicht, in jener durch den kontinuierlichen Übergang aller Diversität, in diesem in der absoluten personalen Identität. Der folgende Abschnitt untersucht nun, wiederum auch psychologischen und soziologischen Erwägungen fruchtbar, die „Kollektivbewegung des Geistes in der Menschheitsgeschichte", und zwar zunächst den Solidaritätscharakter der Menschheit, ferner die sich aus sachlicher Wesens- und personaler Anlagemannigfaltigkeit ergebenden Gesetzlichkeiten (Lebensformen, Widerstreit von Naturanlagen und objektiven Berufsformen) und jene aus der innerseelischen Strukturmannigfaltigkeit fließenden, wobei sich vielerlei Berührungspunkte mit typologischen Fragestellungen ergeben. Der dritte Teil ist der Metaphysik der Geschichte gewidmet und der Schluß der Frage nach der Möglichkeit von Geschichte als Wissenschaft. Abgesehen von seinem reichen Gedankengehalt und den Vorzügen seiner Darstellung, sowie auch der darin enthaltenen einzelwissenschaftlichen Einsichten, verdient das Werk Beachtung als Symptom augenblicklicher geistiger Lage. Man sieht, wie der Mensch allem metaphysischen Nachdenken dieser Tage, von wo immer es den Ausgang nehme, zum beunruhigendsten Problem wird und wie alle Vorstöße auf eine Klärung dieses hin in die Problematik einer Dialektik hineinführen. Will einer die Menschen, mit denen er heute zu leben und zu tun hat, ihre geistige Verfasssung tiefer verstehen, er wird an dieser Erscheinung, daß eben Dialektik so fragwürdig geworden, nicht vorbeigehen können, wenn anders er mit Ref. glaubt, daß die Philosophie am deutlichsten je jene Bewegungen spiegle, welche eine ganze Kultur in sich trägt.

R. Allers-Wien.

*Liebert, Arthur, Geist und Welt der Dialektik, Bd. 1 Grundlegung der Dialektik. Pan-Verlag K. Metzner, Berlin 1929. XX u. 470 Seiten. Preis RM. 22.–, geb. 24.–.

Wie L. wiederholt bemerkt, ist Dialektik als Problem und Methode heute wiederum sehr in den Vordergrund getreten, wofür einerseits zeitgeschichtliche Motive, anderseits aber auch innere Notwendigkeit philosophischer Entwicklung maßgebend wurde. Die vielberufene „Krisis", in sich eine dialektische Situation, fordert dialektische Betrachtung. L. geht aber nicht etwa von den aktuellen Nöten aus, sondern faßt die Frage nach Wesen und Berechtigung der Dialektik tiefer, indem er deren Stellung innerhalb des philosophischen Denkens überhaupt, wie innerhalb des einzelwissenschaftlichen Betriebes, schließlich innerhalb alles denkenden Erlebens untersucht. Mehrfach über die Kantschen Positionen hinausgehend, gelegentlich in Nebenfragen

auch gegen sie gewendet, bleibt L. doch zu tiefst dem Kritizismus verhaftet. Ontologismus und Kritizismus bilden ihm zwei, selbst in dialektischer Spannung gegeneinander stehende Formen philosophischer Haltung. Aber man gewinnt doch den Eindruck, als glaube L. an einen Vorrang der kritischen Philosophie, wodurch er freilich seinem Grundgedanken einigermaßen widerspräche. Diesem zufolge ist nämlich Dialektik dem Erkennen wie seinem Gegenstand wesenhaft, in keiner Weise endgültig „aufzuheben", sondern bilde, als ewig aufgegeben, einen wahrhaft tragischen Untergrund alles menschlichen Seins und Erkennens. Was L.s Standpunkt innerhalb des Neu-Kantianismus auszeichnet, ist vor allem die eingehende Berücksichtigung der Geisteswissenschaft, welche nunmehr ebenso wie ehedem die Naturwissenschaft nach kritischer Durchleuchtung und Würdigung verlange. Daher auch der Dialektik der Geschichte breite und interessante Ausführungen gewidmet sind. Bemerkenswert ist, daß L. bei seiner Untersuchung über die Metaphysik der Dialektik auf die Angst als ein metaphysisches Urphänomen stößt, die eine Wesenstendenz des metaphysischen Lebenswillens selber sei. Hier wie an anderen Stellen fallen beachtliche Bemerkungen zur Kritik der sog. „Lebensphilosophie", welche auch über den Rahmen rein philosophischer Untersuchung Aufmerksamkeit verdienen. Auffallenderweise fehlt bei der eingehenden Erörterung der Angst als eines Urphänomens der Name Heideggers. Den Gehalt des übrigens glänzend geschriebenen Buches kann ein Referat nicht ausschöpfen. Es sei nur noch erwähnt, daß nicht nur die eigenen Gedanken L.s, sondern auch seine kritischen Darlegungen anderer Auffassungen ungemeine Anregung bieten. Wiewohl in strengem und wahrstem Sinne philosophisch, läßt dieses Werk doch auf keiner Seite eine besondere Lebensnähe vermissen. Auch der mit Fragen der praktischen Menschenführung Befaßte wird es mit Nutzen sich zu eigen machen.

R. Allers-Wien.

*Rank, Dr. Otto, Wahrheit und Wirklichkeit. Entwurf einer Philosophie des Seelischen. Franz Deuticke, Leipzig u. Wien 1929. III u. 112 Seiten. Preis RM. 7.–.

Einleitend sagt R., daß die Ausgestaltung der 1905 in seiner Jugendschrift „Der Künstler" niedergelegten Gedanken ihn zu einer genetischen und konstruktiven Psychologie geführt habe, die allmählich auf Grund praktischer analytischer Erfahrungen zu einer Willenspsychologie kristallisierte. Man liest auf Seite 10, und denkt dabei an die ausgiebige Behandlung des Willensproblems durch die häufig in der Schrift genannten Schopenhauer und Nietzsche, sowie durch Wundt und durch den nicht genannten Klages: „Meine Wiedereinführung des Willensbegriffes in die Psychologie löst eine ganze Reihe von Problemen in so einfacher und befriedigender Weise, daß er manchem als ein Deus ex machina erscheinen mag." Man ist nun auf eine umkreisende Darstellung dessen gespannt, was R. unter Wille versteht, von dem er sagt, er sei ein psychologischer Faktor ersten Ranges, eine seelische Großmacht. Seite 28: „Der vom Bewußtsein in die Ichsphäre hinaufgehobene Trieb ist die Willenskraft, gleichsam gezähmter, gelenkter, beherrschter Trieb, der sich aber innerhalb der eigenen Individualpersönlichkeit frei, d. h. schöpferisch manifestiert." Seite 41 aber: „Das Bewußtsein ist ursprünglich das Werkzeug des Willens und als Instrument zu seiner Durchsetzung oder Rechtfertigung eine Lustquelle wie die Willensdurchsetzung selbst." Als Schema einer konstruktiven Willenspsychologie wird S. 29 bezeichnet: „Das Ich qualifiziert die durch Bewußtmachung in die Willenssphäre gehobenen Triebe in der Wahrnehmungsphäre des Gefühlslebens zu bestimmten Interessen (Wollungen), deren Durchsetzung in die Handlung oder das Werk wieder

von den aus der eigenen Ich-Idealbildung geschaffenen geistigen Formen – wenn man will psychologischen Kategorien – abhängt." Nach S. 42 wäre der Wille ursprünglich verneinend, negativ, während auf S. 41 gesagt war, daß Lust und Unlust „nur zwei verschiedene Bewußtseinsaspekte der Willensphänomene" seien und daß im Erleben Willensdurchsetzung sich manifestiert, und S. 43 ist Gefühl selbst „erweichter Eigenwille"; S. 51 wird festgestellt, daß subjektive Inhalte und Phantasien jeder Art letzten Endes Willensphänomene repräsentieren, und S. 73: „Wie das Wollen selbst sich als innere, zunächst negative Gegenkraft gegen einen Zwang erhebt, so stammt der Inhalt des Wollens zunächst aus der Versagung." Wir können den Optimismus R.s in bezug auf die klärende Fähigkeit dieses seines „Willensbegriffes" nicht teilen. An vielen Stellen des Buches, findet man bedeutsame Einsichten und Verknüpfungen; aber in dem Augenblick, wo man auf einem festen Grund angelangt zu sein glaubt, schwindet dieser Grund wieder unter den Füßen. Dem seelenkundlich sehr ernst zu nehmenden Satz z. B., daß die Wahrheit intellektuell den Willen repräsentiert, wird die sehr anfechtbare Behauptung angefügt, daß sie ein Gefühl sei. Dem tiefen Satz: „Im Moment, wo wir beginnen, nach der Wahrheit zu forschen, zerstören wir die Wirklichkeit und unser Verhältnis zu ihr" (welcher völlig richtig ist, wenn man unter Wirklichkeit das primäre Erlebnis der Welt versteht), folgt die unerwartete Wendung: „Die Wirklichkeit enthüllt sich der Analyse immer als etwas Verschobenes, psychologisch Unwahres." Wie R. hier Wirklichkeit mit Schein und Illusion identifiziert, so wendet er auch anderwärts eine höchst eigenwillige und ungewöhnliche Terminologie an, und es wird fast unmöglich, eine klare Stellung zu den vorgetragenen Gedanken zu finden. Im Kapitel „Selbst und Ideal" entwickelt R. den „Grundgedanken seiner gesamten Auffassung", daß nämlich Trieb und Hemmung, Wille und Gegenwille keinem ursprünglichen Dualismus entsprechen, sondern daß es sich dabei immer letzten Endes um eine Art Selbsthemmung der eigenen Kraft handelt, daß also alles im Innen wurzelt und das Außen mehr das Innen reflektiert, als es schafft. In der Entwicklung vom Zwang zur Freiheit werden drei Stufen unterschieden, der erste Schritt: das Individuum will nur, was es mußte; der zweite geht über das persönlichkeitsspaltende Gefühl des Uneinsseins vom Willen und Gegenwillen, wo die Möglichkeiten entweder zur neurotischen oder zur schöpferischen Entwicklung leiten; die dritte Stufe ist gekennzeichnet durch einheitliches Wirken der drei Kräfte: Wille, Gegenwille und der aus dem Konflikt geborenen Idealbildung. Die zweite Stufe ist die, in der das Schuldbewußtsein Wurzeln hat. Der folgende Abschnitt „Schaffen und Schuld" zeigt, daß Schaffen heißt: sein Innen zum Außen machen, das seelisch Wahre zum real Wirklichen, das Ich zur Welt. Diesem Schaffen, das ethischen Sinn hat, wird entgegengesetzt die damit unauflöslich verbundene Schuld, die als Schuld an sich im ethischen Sinne verstanden wird; für R. entsprechen Schaffen und Schuld im Ethischen demselben Gegensatz wie Wahrheit und Wirklichkeit in Erkenntnis. Dem geschaffenen Werk stellt sich hemmend und stimulierend die Schuld entgegen, die durch immer neue und höhere Willensleistungen überwunden wird. So gesehen wird der Heros zum psychologischen Repräsentanten des schöpferischen Menschen, dessen negatives Gegenstück der neurotische Typus unserer Zeit ist. Nach einem höchst anfechtbaren Exkurs in das Gebiet der Theogonie bespricht R. die Frage der Neurotikerbehandlung: die einzige therapeutische Möglichkeit unseres Neurotikertyps sei, daß man ihn seine eigene Individualität entwickeln und akzeptieren lasse, d. h. daß das Individuum sich selbst zu dem schaffe, was es sei, wobei als größte Schwierigkeit der Therapie die an das Schaffen gebundene Schuld entgegentrete. Für den hyperbewußten und willens-

gehemmten Neurotikertypus unserer Zeit stelle das Glück- und Erlösungsbedürfnis (letzter Abschnitt) den Versuch dar, von seinem bewußten Willens-Ich zeitweise oder dauernd loszukommen; es werde die Aufhebung der Individualität angestrebt (S. 94), während das nur in der Willensdurchsetzung zu verwirklichende Glücksverlangen den „Gipfelpunkt des Individualismus" (S. 102) bedeute. Erlösung sei aber nur in der Willensaufhebung durch das Gefühl erreichbar. Alle Erlösungsideen, die auf Ewigkeitsdauer zielen, können nur aus dem Schuldgefühl verstanden werden (S. 106). Erlösungsbestrebungen führen nun zur Aufgabe der individuellen Psychotherapie, deren Schwierigkeit R. in der verschiedenen Erlösungsideologie des den starken Willenstypus darstellenden Therapeuten und des die Erlösung vom Bewußtsein suchenden Neurotikers sehen zu können glaubt. Dieser „artifizielle Gegensatz" wird in der universalen therapeutischen Macht, zu der das Sexual- und Liebesleben der Menschen im Laufe der Entwicklung geworden ist, aufgehoben. Aber das Scheitern des Menschen auch im Liebeserlebnisse führt den modernen Menschen zu einer anderen für ihn charakteristischen Erlösungsform: dem Streben, den anderen glücklich zu machen, um sich so selbst zu erlösen. Wenn diesen mageren therapeutischen Aussichten gegenüber R. von einem Scheitern der allgemeinen Erlösungstherapien, vornehmlich der Religion und aller ihrer Auswirkungen spricht, so sei dem entgegengehalten, daß auch heute weit mehr Menschen auf eigentlich religiösem Wege (was nicht bedeutet konfessionelle Gebundenheit) zur Erlösung gelangen, als auf dem Wege individueller rationaler Überlegungen, die, wie R. zum Schluß ausführt, in die „destruktive Form der Erlösung" in den Selbstmord zu führen vermögen. Wenn R. sich gegen modernes Hyperbewußtsein wendet, so können wir trotz vieler bedeutender Gedanken das Gefühl nicht unterdrücken, daß er selbst eben dieser Hyperrationalität verfalle, der jeder Boden unter den Füßen schwindet, während sie in die Region rein logischer Auflösungen vorzustoßen versucht. C. Haeberlin-Bad Nauheim.

*Bumke, O. (München), Eine Krisis der Medizin. M. Huber-Verlag, München 1928. S. 28. Preis RM. 1.50.

Obzwar der Materialismus als Weltanschauung schon längst überwunden ist, ist die materialistische Flutwelle in der Medizin erst jetzt im Verebben. Durch diesen Anachronismus wurde ein ganzes Geschlecht von Ärzten in einen unlöslichen Zwiespalt getrieben. Doch es mehren sich die Zeichen, daß das Pendel zurückschlägt. Als markantestes Zeichen für dieses Wiederaufnehmen außermaterialistischer Elemente in unser medizinisches Denken führt B. die Aufstellung psychophysischer Konstitutionstypen an. Der Panpsychismus allerdings, wie er vielfach, u. a. von E. Becher, propagiert wird, bringt uns wieder in die Gefahr der entgegengesetzen Einseitigkeit. Wie aber auch diese metaphysischen, weil ontologischen, Entscheidungen fallen mögen, die Medizin bleibt von ihnen unberührt, und der bleibende Gewinn der Modernen besteht darin, daß wir die Phänomene des Seelischen als denen des Körperlichen gleichberechtigt anerkannt haben. Die Synthese dieser beiden Erscheinungsreihen bleibt Aufgabe der Philosophie. Und gerade in diesem Philosophieren mit „unzureichenden Mitteln" sieht B. die aktuelle Gefahr für die Gegenwartssituation. Daß allerdings auch intra muros peccatur erfahren wir aus dem Geständnis, daß B. von der Phänomenologie (Husserls), auf die sich die moderne Naturphilosopie mit Vorliebe berufe, nicht wisse, was sie „eigentlich ist und was sie sein soll". Aus der konkreten Problematik will B. nur eine allerdings zentrale Frage herausgreifen, die nach der Intuition und der Ganzheit. Es folgt nun ein ganz umfänglicher Beweis,

daß die Intuition nichts mit Gefühlsmäßigem zu tun habe; sie sei keine grundsätzlich neue Form des Erkennens und vor allem kein Erkennen, das auf Erfahrung verzichten könne! Daß die zunehmende Spezialisierung, die Einheitlichkeit der Medizin zu zersplittern drohe, ist zuzugeben. Trotz der unauflöslichen Bindung der Medizin an die Naturwissenschaft bestehen aber auch notwendige Beziehungen zu den Geisteswissenschaften. All das kann natürlich nicht auf den Universitäten gelehrt werden. Der größte Fehler bei allen jetzt so beliebten Kritiken des Hochschulunterrichtes ist, daß sein propädeutischer Charakter übersehen wird. Das Gespenst der medizinischen Fachschule erhebt sich drohend. Osw. Schwarz-Wien.

Diepgen, P. (Freiburg i. B.), Die Grundlage der Medizin im 19. Jahrhundert und ihre gegenwärtige Krise. D. m. W., 1928, Nr. 52, S. 2171–2174.

In dieser recht großzügigen Betrachtung zeigt D. wie alle Erscheinungsformen der menschlichen Geistigkeit in der zeitgenössigen Medizin ihren Ausdruck gefunden haben. Nationale Charaktere, politische Strömungen, soziale Wandlungen und natürlich auch philosophische Grundhaltungen haben immer im besten Sinne das spezielle medizinische Tun und wissenschaftliche Fragen beeinflußt, ja direkt bestimmt. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts war es bekanntlich die physikalisch-chemische Richtung, die der Medizin dieser Periode ihren Stempel aufdrückte. Dabei ist es aber historisch bedeutsam, daß gerade ein führender physiologischer Chemiker, G. v. Bunge, es war, der zugleich als Wiedererwecker vitalistischer Gedankengänge zu betrachten ist. Unsere gegenwärtige Situation wird treffend mit einem Satze Neuburgers gekennzeichnet „daß der Herold der Übertreibung anscheinend jedem Forscher vorangehen müsse". Über all dem für die Forschung Problematischen hat aber die Medizin ihren wahren Charakter nie vergessen und verloren, und nur für die ärztlich Unbegabten möge die Gefahr bestehen, von diesem besten Wege der Ärzte aller Zeiten abzuweichen. Sie mag in dem sog. naturwissenschaftlichen Zeitalter besonders groß gewesen sein; schlechtweg der Charakter seiner Medizin war sie nicht. Osw. Schwarz-Wien.

Koch, R. (Frankfurt a. M.), Medizin und Philosophie. M. m. W., 1929, Nr. 1, S. 10–13.

Unter den vielen Abhandlungen ähnlichen Inhaltes stellt diese eine bemerkenswerte Ausnahme dar. Wir nähern uns auf allen Gebieten der Naturforschung allmählich der Einsicht, daß Naturwissenschaft und Philosophie keine grundlegend verschiedenen Formen der Erkenntnis des Seins darstellen. Die erste Berechtigung des Philosophierens in der Medizin ergibt sich aus der Überlegung, daß hiermit keineswegs Neues urplötzlich auftaucht, das alles bisher Gewesene als unbrauchbar verurteilt, sondern daß nur uralte, zunächst mystische, dann unklar gedachte und daher vernachlässigte biologische Begriffe jetzt in philosophischer Arbeit sauber herausgearbeitet werden. Die zweite Legitimation besteht in der berechtigten Reaktion gegen übertriebene Positivistik. Die dritte in der Notwendigkeit einer „allgemeinen" Medizin. Die vierte in dem Bedürfnis nach einer „Wesenslehre" der Medizin, d. h. Einordnung des Kranken in ein Gesamtbild von der Natur, das Gesundes und Krankes umfaßt. Fünftens ist es mit reiner Naturwissenschaft nicht möglich, zu den „paralogischen" Heilverfahren Stellung zu nehmen. Sechstens endlich das Problem des Verhältnisses von Arzt zu Krankem; denn das Heilproblem ist etwas ganz anderes als die Wesenslehre der Medizin. Die Heilproblematik greift nämlich über das rein Experimentelle hinaus; sie muß überwiegend gedanklich ihren Gegenstand erfassen, so daß man sie auch als Geisteswissenschaft wird ansehen müssen. Osw. Schwarz-Wien.

Brugsch, Th., Die Stellung der Medizin in der Universitas litterarum. D. m. W., 1928, Nr. 43, S. 1769–1793.

Weit ausholende Darstellung, die nicht nur in kurzen Umrissen die historische Entwicklung der Medizin innerhalb der gesamten Wissenschaften darstellt, sondern auch darüber hinaus ein Programm enthält. „Die Medizin ist schon deshalb eine Wissenschaft im Rahmen der Universitas litterarum, weil sie die biologische Konvergenz des Menschen in der Kosmologie zu erfassen trachtet und weil eine medizinische Problematik nicht losgelöst von der menschlichen Gesellschaft, d. h. außerhalb jeder Soziologie betrieben werden kann. Mehr denn je ist heute die Medizin als Wissenschaft mit Problemen der Philosophie, insbesondere der Individualpsychologie und Phänomenologie verknüpft, mehr denn je ist sie mit juristischer Problematik vor allem in der Frage der Kriminalbiologie verknüpft und selbst mit den Problemen des religiösen Ethos. Es ist also die Medizin als Wissenschaft ohne Schaden nicht mehr aus der Zentralstellung herauszulösen, die sie im Rahmen der Universitas litterarum einnimmt, wenn auch nicht im Sinne von Schelling und Fichte, wohl aber im Sinne eines einheitlichen Geisteszusammhanges aller Erscheinungen unseres Kosmos, zu denen der Mensch in Beziehung tritt.” O. Kauders-Wien.

Vorwahl, H., Religion und Medizin. M. m. W., 1929, Nr. 8, S. 330–331.

Mit zahlreichen Beispielen wird begründet, daß man heute schon vom Einbruch des Irrationalen in der Heilkunde als von einer Tatsache sprechen muß. Die Möglichkeit, daß Freud zum Angriff auf die Religion mit seiner Schrift „Die Zukunft einer Illusion” ansetzt, ist nur zu verstehen aus der Zugehörigkeit der Psychoanalyse zu den Ersatzreligionen. Freuds Meinung, daß das Schuldgefühl aus dem Ödipuskomplex stamme, wird abgelehnt, weil in ihr die Trennung von Genese der Vorstellungen und ihrer Geltung fehlt, und Freuds Stellung wird aufgefaßt als Abreaktion des Analytikers auf die Störung seines Geltungsbedürfnisses durch die Wunder der Natur. Die Aussprache zwischen dem Psychologen und Psychiater Ziehen und dem Theologen Niebergall zeigt, als wie wichtig die Diskussion religiöser Grenzprobleme in der Medizin angesehen wird. Hoppe hatte in der Med. Welt (1929, Nr. 3) den Einfluß der Religion auf die klinischen Erscheinungen untersucht und die von Süden nach Norden zunehmende Zahl der Selbstmorde in umgekehrte Beziehung zu der befreienden Wirkung der katholischen Beichte in den südlichen Ländern gesetzt. Untersuchungen von Goldbladt über die Entwertung religiöser Vorstellungen beim Epileptiker, Birnbaums über pathologische Zustände von Paulus, Mohammed, Dostojewski, Hildebrandts über Nietzsche, werden herangezogen, um zu zeigen, daß die Geisteskrankheit die Persönlichkeit nicht immer zu schädigen brauche. Die Anerkennung der Persönlichkeit in der Medizin bedeutet die Aufnahme des Irrationalen. Auch Krehl und Brugsch haben sich mit diesem Problemkreis befaßt; der letztere hat auf seine Zugehörigkeit zur Universitas litterarum hingewiesen. Zu dieser Universitas gehört aber auch die Theologie, die mit der Medizin Hand in Hand gehen muß.

C. Haeberlin-Bad Nauheim.

*Bericht über den III. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden, 20.–22. April 1928. Unter Mitwirkung von W. Cimbal, herausgegeben von W. Eliasberg. S. Hirzel, Leipzig 1929. X u. 326 S. Preis RM. 18.–, geb. 20.–.

Außer den in Einzelreferaten besprochenen Vorträgen enthält der schön ausgestattete Band die Diskussionen zu den Vorträgen und die Generaldiskussion, das

Verzeichnis der Teilnehmer und das der Mitglieder der Gesellschaft f. Psychotherapie, welches sowohl alphabetisch als auch geographisch geordnet ist, wodurch die Orientierung wesentlich erleichtert wird, schließlich ein Namen- und Sachregister.

R. Allers-Wien.

II. Psychologie

a) allgemeine

*Fräßdorf, Walther, Die psychologischen Anschauungen J. J. Rousseaus und ihr Zusammenhang mit der französischen und englischen Psychologie des 16.–18. Jahrhunderts. H. Beyer & Söhne, Langensalza 1929. VIII u. 248 S. Preis RM. 6.60, geb. 7.40.

Die äußerst gründliche Arbeit – es sind 318 Literaturen durchaus nach Originalausgaben mit genauer Angabe der Stellen zitiert – gibt in der Tat eine übersichtliche und erschöpfende Darstellung des im Titel genannten Gegenstandes. Darüber hinaus bietet sie eine wertvolle Übersicht über die psychologischen Anschauungen der Zeit von Cartesius bis zur Enzyklopädie. R.s Psychologie ist im allgemeinen stark abhängig von den Auffassungen seiner Zeit, teils in Gefolgschaft, teils in Gegnerschaft, insbesondere gegen Rationalismus und Materialismus. Quelle seiner Anschauung ist neben den Einflüssen der Literatur großenteils weniger die Beobachtung anderer als die Selbsterfahrung. Der Zusammenhang zwischen R.s Eigenart und seinen psychologischen Lehren wird aufgewiesen. Als wesentlichste Leistung R.s betrachtet F. die Betonung der Sonderstellung des kindlichen Seelenlebens, der Aktivität der Seele als eines tätigen, aus sich selbst schaffenden Wesens und damit die Steigerung des Verantwortlichkeitsbewußtseins, die Hervorkehrung der Rolle des Gefühls, dessen Bedeutung innerhalb des Seelischen R. allerdings ebensowenig entdeckt habe, wie die der Aktivität der Seele. Der Einfluß R.s gründet nicht so sehr in der Neuheit seiner Gedanken als in den schriftstellerischen Vorzügen, womit er sie zur Geltung zu bringen verstand.

R. Allers-Wien.

*L'Année psychologique, Bd. 28. F. Alcan, Paris 1929. XV u. 866 S. Preis F. 110.–.

Die ersten 249 S. bringen Originalmitteilungen, der Rest ist von den bekannterweise vortrefflichen Referaten eingenommen, die sich auf alle Gebiete der Psychologie und ihrer Hilfswissenschaften beziehen und eine gute Übersicht über die Erscheinungen von 1927 geben. Außer den einzeln besprochenen Originalien sind zu nennen: Kucharski, Über akustische Erregbarkeit in ihrer Abhängigkeit von der Zeit (S. 1–74); Foucault, Längenwahrnehmung mittels der Haut (S. 75–97), welche um so genauer ausfällt, je mehr Empfindungen zugrunde liegen, je unähnlicher die Empfindungen sind und je größer die beurteilte Strecke relativ der Länge der Fingerphalange ist, Piéron (S. 98–126), interessante Versuche und Folgerungen über kontinuierliche und intermittierende optische Erregung. In beiden Teilen reiht sich dieser Band würdig den früheren des verdienstvollen Unternehmens an.

R. Allers-Wien.

Foerster, Joach. Friedr., Über die Einordnung der Psychologie in eine allgemeine Wissenschaftslehre (Inst. f. industr. Psychotechn. Berlin). Psychol. u. Med., 1929, Bd. 3, H. 4, S. 282–296.

Extrem monistische Überlegungen: Nervenprozeß und Denkakt liegt der gleiche, ewig unerforschliche Vorgang zugrunde, einmal physikalisch, einmal psychologisch betrachtet. Jede Zelle entspricht einem Denkinhalt, für einen Gedanken sind mindestens 2 Zellen notwendig. Als andere Erscheinungsweise ist dem Blutdrüsensystem

Temperament und Charakter zugeordnet. Materie, Kraft und Seele sind wahrscheinlich identisch. So sind auch Leib und Seele identisch, zwei Erscheinungsformen der Energie. Wie sich nun aber Psychologie in die „allgemeine Wissenschaftslehre" einordne, erfährt man nicht. Und das Wort: una eademque res, sed duobus modis expressa, haben wir schon vor sehr langer Zeit gekannt. R. Allers-Wien.

b) experimentelle

Börnstein, Walter (Nervenklinik und Psychologisches Laboratorium der Kinderanstalt für Seelisch-Abnorme, Bonn), Über den Geruchsinn. I. Kapitel: Zur Psychologie des Geruchsinnes, II. Kapitel: Zur Methodik der Geruchsprüfung. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., 1928, Bd. 104, S. 55–91.

B. reiht den Geruchsinn den „niederen Sinnen" zu und begründet seine Ansicht an Hand einer vergleichenden psychologischen Analyse des Geruchsinnes und der „höheren Sinne" (Gesichts-, Gehörs- und Tastsinn). Schon aus der Natur des Geruchsinnes geht hervor, daß derselbe nicht zu einem Erlebnis eines sinnvollen Zusammenhanges, eines lebendigen Ganzen führen kann, es fehlt ihm durch Mangel an gesetzmäßigen Relationen zwischen den einzelnen Gerüchen die Möglichkeit des Transponierens, der Größenvergleichung und des Erlebens „höherer Gestalten", wie sie als „Spitzenleistungen" die „höheren" Sinne zu solchen stempeln. Auch ein Blick auf die zerebralen Mechanismen spricht für diese Anschauung. Da nach B. dem höheren Gestalterlebnis Spannungsänderungen zugrunde liegen müssen, so sind zu ihrem Zustandekommen subkortikale Apparate notwendig; im Gegensatz zu den anderen Sinnen, die stets ein stark entwickeltes Ganglion im Thal. opt. besitzen, sind die Verbindungen des Olfaktorius mit den subkortikalen Zentren beim Menschen nur sehr schwach ausgebildet. Der Geruchsinn ist auf einer tieferen Entwicklungsstufe, der des „Gestaltblinden" stehen geblieben. Bei der Geruchsprüfung muß die „Wahrnehmungs-" und „Erkennungsschwelle" unterschieden, es muß auf den Umstand Rücksicht genommen werden, daß viele Riechstoffe auch auf den Tast- und Geschmacksinn wirken und daß bei Änderung des Intensitätsreizes auch die Riechqualität umschlagen kann. B. führt seine infolge ihrer Einfachheit besonders für klinische Zwecke geeignete Methode der Geruchsinnprüfung an, die indes lediglich nur ein „Übersichtsbild" über die geruchlichen Leistungen geben könne. Verwendung einer Serie von 12 Riechstoffen, die nach dem Prinzip der „Geruchsleiter" – ohne daß sich ein „System der Gerüche" aufstellen ließe – angeordnet sind, und zwar angefangen bei den „reinen" Riechstoffen und übergehend zu den Stoffen, die gleichzeitig auf den Trigeminus und auf den Geschmacksinn wirken. Einzelheiten der Methode vgl. Original.

F. Halpern-Wien.

*Scheringer, Erika, Experimentelle Untersuchungen über die anschaulich-motorische Kombination (praktische Intelligenz) (Mann H.s Paed. May. Nr. 1195). H. Beyer & Söhne, Langensalza 1928. 112 Seiten. Preis RM. 2.40.

Die aus der Schule Ziehens hervorgegangene Arbeit definiert eingangs die praktische Intelligenz, als „die Fähigkeit, in Anpassung an einen gegebenen Empfindungstatbestand eine zweckmäßig zusammengesetzte Bewegung, bzw. Bewegungsreihe zu finden". Sch. will die psychologischen Funktionen, die dabei ins Spiel treten, experimentell näher bestimmen. Akademisch gebildete Vpp., deren Selbstbeobachtungen nicht protokollarisch mitgeteilt werden. Eine Reihe von Proben ist darauf angelegt, die „Findigkeit" ins Spiel treten zu lassen. Auch bei der praktischen Intelligenz handelt es sich um ein Erfassen von Relationen oder um ein Herstellen solcher. Dem-

gemäß sieht Sch. auch keine prinzipiellen Unterschiede zwischen praktischer und theoretischer Intelligenz. Bei ihren Versuchen ist, wie der Anlage nach zu erwarten war, die Rolle von Gedächtnis und Augenmaß, geprüft durch Korrelationsberechnung, nur gering. Sie stellt ihre Ergebnisse dem Komplexbegriff G. E. Müllers gegenüber und betont, daß dieser gegenüber dem kollektiven Faktor die auswählende Tätigkeit nicht genügend berücksichtige. Eine Lücke der Arbeit muß darin gesehen werden, daß die Selzschen Untersuchungen überhaupt nicht berücksichtigt sind, obgleich mancher Gedankengang das nahegelegt hätte. Prinzipiell muß bemerkt werden, daß nicht verständlich ist, warum gerade auf die Bewegung in der Definition der praktischen Intelligenz ein so großes Gewicht gelegt wurde. Sch. selbst findet ja das Wesentliche bei der Lösung ihrer Aufgabe im Erfassen von Relationen (wie schon vor ihr Lindworsky). Bewegungen spielen dabei doch nur eine ganz äußerliche Rolle, insofern der Beobachter aus den ausgeführten Bewegungen Schlüsse zieht. Aber für die intelligente, geistige „Handlung" ist die abschließende Bewegung doch in keiner Weise konstitutiv, abgesehen davon, daß sie auch völlig unterbleiben kann.

W. Eliasberg-München.

Kant, Fritz und Krapf, Eduard (Psychiatr. u. Nervenklinik München), Über Selbstversuche mit Haschisch. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak., 1928, Bd. 129, H. 5/6, S. 319–338.

Selbstversuche zwecks eines Studiums der Genese und der Struktur der Phänomene im Haschischrausch. Es werden einzeln der Bewußtseinszustand, die Stimmungslage, die Motorik, die Wahrnehmung und der Vorstellungsablauf besprochen und eine Analyse der komplexen Seelenvorgänge im Haschischrausch vorgenommen.

F. Halpern-Wien.

c) angewandte

*Baumgarten, Franziska, Die Berufseignungsprüfungen. R. Oldenbourg, München und Berlin 1928. IX und 742 Seiten. Preis geh. RM. 23.50, geb. RM. 25.–.

Das Buch trägt den Untertitel „Theorie und Praxis". In der Tat ist es hohe Zeit, wie alle Einsichtigen zugeben, daß dem Psychotechnikbetrieb Theorie unterbaut werde. Es ist zwar möglich, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit im Interesse des einzelnen Privatbetriebes eine bestimmte Gruppe von durchschnittlich Geeigneten mit Hilfe der im allgemeinen üblichen psychotechnischen Verfahren ausfindig zu machen. Aber es besteht dabei die dringende Gefahr, daß eine Reihe von Gruppen negativ ausgelesen werden, nämlich erstens die aus irgend einem Grunde für „Prüfungen" Nichtgeeigneten, dann die Bestqualifizierten, die sich in den Maschen des Prüfungsnetzes nicht einfangen lassen, und drittens eine große Gruppe, die in der Prüfung versagt, vielleicht auch nicht voll qualifiziert ist, deren weiteres Schicksal aber zu Lasten der Eignungsprüfung geht, Menschen, die von da an mit dem Stigma der Minderwertigkeit hauptsächlich in ihren eigenen Augen belastet sind. Solche Erwägungen sollten also zu einer Theorie der Eignungsprüfung führen. Das Buch von B. gibt sie in ausführlicher Weise und in flüssigem klarem Stil. Ein weiterer Vorzug des Werkes besteht darin, daß B., die schon lange Beziehungen zur internationalen Psychotechnik pflegt, die internationale Literatur, namentlich auch die russische, in ausgiebiger Weise heranzieht und verwendet. Allerdings ist die deutsche Literatur nicht ganz in demselben Maße herangezogen. Besonders wertvoll ist in der Theorie, daß B. sich zu einer Strukturtheorie der Leistungen durchgearbeitet hat und demgemäß als Ziel psychotechnischer Untersuchungen auch eine strukturelle Prüfung hinstellt. Die natürliche Struktur der

Leistung ist der Beruf. Daher müßte die Psychotechnik systematisch durch eine Berufssystematik unterbaut werden. Dies ist aber heute noch nicht möglich, namentlich auch, weil die sozialen und rechtlichen Zusammenhänge des Berufs in die Prüfung nicht einbezogen werden können. Im speziellen Teil werden dann die bisher verwandten Prüfungen hauptsächlich für die Lenkerberufe, dann die Lehrlingsprüfungen, die Prüfungen der Industriearbeiter, der Handwerkerberufe, der Telephonistinnen, der kaufmännischen Berufe u. a. m. dargestellt. B. ist an die bisher vorliegenden Untersuchungen gebunden; eine systematische Vollständigkeit kann hier nicht verlangt werden. Eine Schlußbetrachtung stellt in klarer Weise die Grenzen psychotechnischer Auslese dar. Die Grenzen der Wirksamkeit sind hauptsächlich sozialer Art. Es wäre vielleicht möglich, das gesellschaftliche Gefüge von Grund auf zu reformieren durch die Eignungsprüfung, dadurch daß jeder in der sozialen Stufenleiter nur an den Platz kommt, für den er sich in der Prüfung als qualifiziert erweist. Aber bekanntermaßen haben die Prüfungen gerade vor den leitenden Stellen Halt gemacht. Das ist natürlich den Arbeitern nicht entgangen und daher die tiefe Enttäuschung und das Mißtrauen gegen die Psychotechnik.

W. Eliasberg-München.

*Bode, P. (Elbing), Reifende Landjugend. Ein Beitrag zur Psychologie des Jugendalters. A. W. Zickfeldt, Osterwieck a. Harz 1929. VIII und 113 Seiten. Preis RM. 3.50.

B. veröffentlicht mit Vorliegendem das Tagebuch eines ländlichen Jugendlichen und wertet es nach folgenden Gesichtspunkten aus: Schwärmen, Freundschaft, Verhältnis zur Natur, zur Heimat, zum Beruf und zur Religion. Als allgemein für die Jugendlichen des Landes geltende Momente lassen sich aus den Tagebuchaufzeichnungen herausheben: 1. späteres Einsetzen der Reifezeit für beide Geschlechter als in der Stadt, körperliche und seelische Reife fallen zeitlich mehr zusammen; 2. starke Gebundenheit an die Familie, was für die Entwicklung des Selbständigkeitsgefühls eine Hemmung bedeutet; 3. eine von vornherein bestimmte Einstellung auf den bäuerlichen Beruf für männliche und weibliche Landjugend, die ebenfalls eine gewisse Gebundenheit mit sich bringt; 4. Heimatsinn, Naturverbundenheit und Religiosität als wesentliche Züge der Landjugend; 5. eine derbere aber natürlichere Gefühls- und Denkweise als sie der städtischen Jugend eignet. Das Buch bietet zu den bereits veröffentlichten Tagebüchern von Jugendlichen der Stadt eine wertvolle Ergänzung.

Fr. Sack-Wien.

Pietsch, A., Verwahrloste Jugend. Zschr. f. pädagog. Psychol., Jahrg. 29, 1928, Nr. 11, S. 510–516.

Die Ursache der zunehmenden Kriminalität Jugendlicher liegt primär in Milieuveränderungen, in den „urbanen Schädigungsreizen": 1. physiologischer (Ernährungsfehler, Licht-, Luft-, Bewegungsmangel, Alkohol und Nikotin), 2. psychischer (übervölkerte Wohnungen, Bilder, Filme, Zeitschriften erotischen Inhalts, geistige Überbürdung) und 3. ökonomisch-soziologischer Art (mildere Beaufsichtigung), welche die Reifung der Genitaldrüsen beschleunigen und dadurch die Zeit zwischen dem Pubertätseintritt und der Ausbildung der kortikalen Hemmungselemente verlängern und gesteigerte Reizbarkeit der Affektzentren wie auch Schwächung der Hemmungsmechanismen herbeiführen. Die Gegenmaßnahmen sollen den Eintritt der Pubertät nach oben hin, zum Reifestadium des Verstandes verschieben. Unter ihnen denkt P. auch an die Möglichkeit, in Zukunft den Organismus temporär biochemisch umzustimmen durch Injektion oder

Verfütterung von Präparaten, welche die Keimdrüsenbildung verlangsamen oder die Reizbarkeit der nervösen Triebzentren herabsetzen. Fr. Sack-Wien.

Pfister, O. (Zürich), Elternfehler. Zschr. f. psychoanal. Pädagogik, 1929, Bd. 3, H. 5–6, S. 172–184.

Unter Elternfehlern versteht Pf. solche Verhaltensweisen der Eltern, „die dem Zögling die Gewinnung eines möglichst tüchtigen, gesunden und ethisch hochwertigen Individual- und Sozialcharakters erschweren". Der vorliegende 1. Aufsatz gilt den Fehlern bei der Erziehung des Individualcharakters. Sie werden nach der üblichen Einteilung der seelischen Funktionen (Intellekt, Gefühl, Wille) gesondert besprochen, im wesentlichen nur insoweit, als sie uns die Psychoanalyse in einem neuen Lichte sehen gelehrt hat. Im großen und ganzen treffen wohl die positiven und negativen Ratschläge, die Pf. den Eltern zuteil werden läßt, einige von den wesentlichsten Erziehungsproblemen. H. Hartmann-Wien.

Ferenczi, S. (Budapest), Aus der Kindheit eines Proletariermädchens. Zschr. f. psychoanal. Pädagogik, 1929, Bd. 3, H. 5–6, S. 141–172.

Enthält die Aufzeichnungen eines 19jährigen Mädchens über ihre Kindheitserlebnisse (bis zum 10. Lebensjahre). Etwas wesentlich Neues wird der Psychologe diesen Erinnerungen kaum entnehmen können, doch kommt ihnen wegen der anschaulichen Darstellung familiärer, sexueller und sozialer Konflikte ein gewisser Wert zu.

H. Hartmann-Wien.

Antipoff, Helène, Observations sur la compassion et le sens de la justice chez l'enfant (Mitleid und Gerechtigkeitssinn beim Kind). Arch. de Psychol., 1928, Bd. 21, Nr. 32, S. 208–214.

Beobachtungen an einem Knaben vom 3.–9. Jahre. Erste Mitleidsmanifestation mit 3;0 anläßlich einer Tierfabelerzählung, zugleich erste Haßäußerung gegen den Übeltäter in der Geschichte. Modifiziert, so daß der Fuchs zugrunde geht, löst die Geschichte mit etwa 4;0 Freude und Gefühl befriedigter Rache aus. Mit 4;10 Mitleid mit dem erstmals erblickten Gekreuzigten. Nach 6;0 ist es vor allem das Schicksal Unschuldiger, das ergreift, während der Schuldige kein Mitleid mehr erregt. Grundlage des Mitleids ist ein affektives Gerechtigkeitsempfinden. Gegen die Unlust des Mitleids erhebt sich reaktiv der Haß. Doch liegt darin eine moralische Reaktion gemäß dem Tallion-Prinzip. Genauere Untersuchungen darüber stehen noch aus.

R. Allers-Wien.

Meili, Richard (Inst. J. J. Rousseau, Genf), Hasard et Psychodiagnostic (Zufall und Psychodiagnostik). Arch. de Psychol., 1928, Bd. 21, Nr. 82, S. 198–206.

Ablehnende Kritik des Verfahrens von Bißky. Erteilt man den verschiedenen Eigenschaften Zufallswerte, verteilt nach dem Gaußschen Gesetz, so erhält man Resultate, die in 50% mit der Selbsteinschätzung der Vp. übereinkommen mit einem mittleren Fehler von weniger als einer Einheit auf 5. Die Kontrolle durch die Selbstbewertung ist ganz unzuverlässig. Wählt man möglichst unbestimmte Bezeichnungen, wenig definite und schwer zu kontrollierende, tunlichst gleichförmige Eigenschaften, d. h. solche mit geringster interindividueller Variation, so kann man mit beliebigen „diagnostischen" Methoden befriedigende Resultate erzielen. Ihr Wert ist freilich Null.

R. Allers-Wien.

Laugier, H. und Weinberg, D., Le facteur subjectif dans les notes d'examen (Der subjektive Faktor bei Prüfungsnoten). L'année psychol., 1929, Bd. 28, S. 236–244.

Ein Vergleich der Bewertung von 166 schriftlichen Prüfungsarbeiten durch zwei Prüfer ergibt nicht nur große Abweichungen in der Beurteilung der einzelnen Arbeiten, sondern auch in der Art des Bewertungsmaßstabes, soferne zwei Arbeiten von dem einen als gleich von dem anderen als ganz verschiedenwertig bezeichnet werden. Trotz einer starken positiven Korrelation zwischen den beiden Beurteilungen ist die Übereinstimmung eine sehr mangelhafte. Es ergibt sich die Notwendigkeit, an Stelle der subjektiven Beurteilung objektive Bewertungsmaßstäbe zu setzen. Mit Ausnahme des des freien Aufsatzes ließen sich solche für alle Prüfungsgegenstände festlegen.

R. Allers-Wien.

Baumgarten, Fr., Les tests de Binet-Simon et la technique moderne (Die B.-S.-Tests und die moderne Technik). L'année psychol., 1929, Bd. 28, S. 248–249.

Auf die Frage: man findet den Leichnam in 10 Stücken, kann das Selbstmord sein? antwortet ein 10jähr. Knabe: ja, und auf das Erstaunen des Prüfers hin ergänzt er: mit einer Handgranate. Ein Schweizer Dorfkind weiß die Petroleumlampe nicht zu benennen, es hat dergleichen nie gesehen, weil es nur elektrische Beleuchtung kennt. Eine Modernisierung der klassischen Tests ist entschieden angezeigt.

R. Allers-Wien.

Fessard, A., La précision et la cohérence des resultats dans les examens par tests (Genauigkeit und Kohärenz der Resultate bei Testprüfungen). L'année psychol., 1929, Bd. 28, S. 204–234.

Kritische Sichtung verschiedener Formeln, welche dem genannten Zwecke dienen sollen, und Prüfung der darin beschlossenen Voraussetzungen. Ein Test muß statistisch und korrelationsrechnerisch ausgewertet sein und mit anderen in Beziehung gesetzt werden, wenn er irgend Wert besitzen soll. R. Allers-Wien.

Neustadt-Steinfeld, E., Zur Psychologie der Ammen. (Kinderklin. Düsseldorf.) Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1928, Bd. 117, H. 4/5, S. 785–792.

1. Allgemein informatorische Untersuchungen an Hand der Journale aller seit 1907 in die Klinik aufgenommenen Ammen: Alter zwischen 16 und 40 Jahren; sämtliche Ammenkinder mit Ausnahme eines einzigen unehelich; 60% der Ammen waren Dienstmädchen, 10% Fabrikarbeiterinnen, sonst Verkäuferinnen, Kontoristinnen usw., soziale Herkunft: Arbeiter- und Handwerkerkreise. Die Höhe der Milchsekretion war hochgradig abhängig von seelischen Einflüssen (Aufregung, Streit). 2. Spezielle Forschungen an Ammen, die mindestens 6 Monate in der Klinik waren, durch unauffällige Beobachtung, aus dem Verhalten während der immer mehrstündigen Untersuchungen und aus eigenen Angaben der Mädchen; Ergebnis: positive Einstellung zum Kind, alle waren Ammen geworden, um mit dem Kind zusammenbleiben zu können; bei der Wahl zwischen Mann und Kind möchte keine das Kind entbehren. 3. Durchforschung von 100 Katamnesen von Mädchen, deren Ammengeschäft mindestens 6 Jahre zurücklag; als Auffallendstes ergibt sich, daß diejenigen, die länger als 6 Monate in der Klinik waren, besonders oft ein positiv zu bewertendes späteres Leben hatten.

Fr. Sack-Wien.

d) Entwicklungspsychologie

Stern, Erich, Geschlechtliche Reifung als Erlebnis. Hippokrates 1928, Bd. 1, H. 2, S. 140–153.

Die vorliegenden Angaben über die Pubertät als Erlebnis sind nicht sehr zahlreich. Sie scheint beim Mädchen intensiver als beim Knaben erlebt zu werden. Umwelt-

faktoren können erhebliche Unterschiede bedingen. Körperliche Phänomene (Menstruation, nächtliche Pollutionen) werden oft Quelle lebhafter Unlust. Sexuelle Erziehung ist nichts Isoliertes, sondern einzubauen in die Gesamterziehung. Psychotherapeutisches Eingreifen ist bei schwereren Konflikten, Verstimmungen usw. indiziert, darf sich aber nicht auf Abbau und Lösung von Hemmungen beschränken, sondern muß zugleich neu aufbauen, Ziele weisen. Eine allgemeine psychische Hygiene ist für die Psychotherapie der Reifejahre von Wichtigkeit. Die Erwägungen Adlers scheinen St. besonders beherzigenswert. R. Allers-Wien.

Wiegmann, Otto, Beiträge zur Methodologie der Intelligenzprüfung. Untersuchungen an kriminellen und nichtkriminellen Jugendlichen (Psychol. Lab. Hamburg). Zschr. f. angew. Psychol., 1929, Bd. 32, H. 1–3, S. 1–101.

An 227 Kriminellen von 15–21 Jahren und 277 Nichtkriminellen gleichen Alters und gleicher Schulstufe wurden auf Grund der von W. Stern und Wiegmann (Bh. Zschr. f. angew. Psychol., 1926, Nr. 20) angegebenen Methoden Versuche angestellt, deren Resultate nach den verschiedensten Gesichtspunkten aufgearbeitet werden. Dabei konnten auch äußerst interessante Angaben über die innere Einstellung der Vpp. zu den Aufgaben und über die seelische Verfassung insbesondere der Kriminellen erhalten werden, so daß die Bedeutung des mitgeteilten Materials über das nur Methodologische entschieden hinausgeht. Die Leistungen sind um so geringer in einer je früheren Stufe die Betreffenden aus der Schule entlassen wurden. Die aus der höchsten Klasse ausgetretenen kriminellen Jugendlichen und Erwachsenen (18–21) nähern sich den Leistungen der normalen Jugendlichen, welche ihrerseits hinter denen der normalen Erwachsenen zurückbleiben. Ferner überragen die Leistungen der Gelernten die der Ungelernten. Die geistige Leistungsfähigkeit der Kriminellen muß als durchschnittlich geringer bezeichnet werden. Zwischen dem 18. und 21. Jahr findet noch eine Weiterentwicklung der Intelligenz statt bei den Kriminellen, während bei den Normalen ein Entwicklungsfortschritt zwischen dem 16. und 19. Jahr liegt.
R. Allers-Wien.

Broich, K. (Bensberg b. Köln), Führeranforderungen in der Kindergruppe. Zschr. f. angew. Psychol., 1928, Bd. 32, H. 1–3, S. 164–212.

Auswertung von an Hand eines detaillierten Fragebogens gewonnenen, schriftlichen Äußerungen 10–14jähriger Volksschüler über ihre eigenen Erlebnisse und Stellungnahme in den Kindergemeinschaften. Ergebnis: 1. bei Mädchen ist die Zahl der gewählten Führer größer als bei Knaben; zum Führer wird gewählt, der tatsächlich den größten Einfluß hat; das Bestimmen eines Vertrauensmannes von seiten des Lehrers hat auf die Wahl bei Mädchen mehr Einfluß als bei Knaben; 2. Anforderungen an den Führer: a) Äußeres: mit zunehmendem Alter treten Faktoren wie Kraft, Größe, Alter zurück; körperliche und geistige Fähigkeiten wie Gewandtheit, Auftreten, Kenntnis des Spieles usw. steigen in der Bewertung; b) spezielle Führereigenschaften: bei Knaben überwiegen Persönlichkeitsqualitäten (unbedingte Autorität beim Spiel, Ruhe, Besonnenheit), bei Mädchen gutes Äußere, feines Benehmen, Freundlichkeit, erzieherischer Einfluß auf die Gruppe; der Knabe empfindet mehr Achtung vor dem Führer, das Mädchen Sympathie; c) Intelligenz und Kenntnisse: Kenntnis des Spieles wird von beiden Geschlechtern verlangt; Mädchen wünschen Führerinnen, die für Abwechslung, neue Spiele und freudige Erlebnisse sorgen, sie sind mehr an den per-

sönlichen Verhältnissen ihrer Mitschülerinnen und Lehrerinnen interessiert; Knaben betonen mehr Kenntnis des Spieles und der Spielregel; letzteres ist für sie von größerem Interesse als die persönlichen Beziehungen innerhalb der Gruppe; die vielfach herrschende Meinung, daß die unintelligentesten und flegelhaftesten Schüler die eigentlichen Anführer seien, bestätigt sich nur insoweit, als damit die typische Schulintelligenz gemeint ist, die mehr auf Fleiß und gutem Gedächtnis beruht; ein Schüler mit mittelmäßigen Schulleistungen kann hohe persönliche Qualitäten haben, die Gruppe stellt andere Anforderungen als das schulgemäße Lernen; d) die Anforderungen an das soziale Verhalten sind bei Mädchen auffallend höher, wodurch bestätigt ist, daß Mädchen mehr Gewicht auf die Art der persönlichen Beziehungen, die Knaben auf das Spiel legen; die Äußerungen ersterer sind viel differenzierter und zeugen von tieferer Erfassung der inneren Einstellung der Kinder zueinander; Mädchen streben mehr nach einer horizontalen Struktur der Gruppe, nach Homogenität der Mitglieder, als Knaben, und das aus dem Streben nach Sicherung und Befestigung ihres geringen Selbstbewußtseins; in den letzten Abschnitten bespricht B. die inneren Beziehungen, die Forderungen an die eigene Führerschaft und die Stellung des Führers in der Gruppe. Fr. Sack-Wien.

*Fischer, E., Der religiöse Komplex im Kindertraum. Ein Beitrag zur Religionspsychologie des Kindes. J. Püttmann, Stuttgart 1929, S. 73. Preis RM. 2.50.

F. stützt sich auf ein Traummaterial, das von 2200 protestantischen und 800 römisch-katholischen 6–15jährigen Kindern beiderlei Geschlechts, der verschiedensten Begabungsgrade und sozialen Schichten stammt und mit Hilfe der Überrumpelungsmethode gewonnen wurde. 1. Kasuistisch-statistischer Überblick über die religiösen Vorstellungen im Kindertraum mit Gruppierung derselben in solche von religiös-kultischen Personen (Gott, Jesus, Engel, Teufel usw.), Handlungen (Gebet, Religions- und Konfirmandenstunde), Orten (Himmel, Hölle, heilige Stätten) und Gegenständen. 2. Abhängigkeit des religiösen Vorstellungsinhaltes a) vom Alter: anfängliches zahlenmäßiges Anwachsen mit dem Alter, bei den 13 und 14jährigen ein geringer Rückgang, der Umfang des religiösen Vorstellungskomplexes wächst ständig; b) vom Geschlecht: in den Mädchenträumen 3mal soviel religiös-kultische Vorstellungen wie bei den Knaben; erstere auch viel häufiger von gehobenen religiösen Empfindungen durchtränkt; c) von der Konfession: bei den katholischen Kindern 4½mal mehr religiös-kultische Vorstellungen als bei den protestantischen; sie differieren auch hinsichtlich verschiedener Vorstellungsarten und im religiösen Charakter: auf katholischer Seite haben die religiösen Träume bei jüngeren Kindern meistens fast reinen Märchencharakter mit der Tendenz zu plastischem Erleben, bei den älteren Kindern ein tieferes und empfindungsstärkeres religiöses Gepräge, bei den protestantischen Kindern eine naiv-nüchterne Sachlichkeit auf allen Altersstufen; 3. kinder- und religionspsychologischer Symptomwert des Befundes an religiösen Kindertraumvorstellungen: a) die religiöse Gewöhnung durch Milieu und Erziehung ist das Primär-, eine gewisse seelische Gesamtdisposition das Sekundärentscheidende bei der Ausbildung des Religiösen im Kind, b) die intellektuelle religiöse Entwicklung schlägt im allgemeinen ein schnelleres Tempo ein als die voluntaristisch-emotionale, daher Haften am Äußerlichen, an der kultischen Form, Gläubigkeit gegenüber der Existenz des Göttlichen usw.; ferner weitgehende Übereinstimmung in der religiösen Struktur und der religiösen Entwicklung zwischen Primitiven und Kindern; 4. pädagogische Folgerungen hinsichtlich Notwendigkeit, Möglichkeit und Fruchtbarkeit der religiösen Unterweisung. Fr. Sack-Wien.

III. Psychophysisches

c) Physiologie

Hess, W. R. (Zürich), Hirnreizversuche über den Mechanismus des Schlafes. Arch. f. Psych., 1928, Bd. 86, H. 2, S. 287–290.

Der entscheidende Faktor ist nicht die Sistierung animaler Leistung, sondern der Restituierung der Leistungsfähigkeit. Der Schlaf ist ein vom vegetativen Nervensystem inszenierter Reflexakt, welcher durch Erregungsdämpfung die Ruhigstellung des animalen Systems herbeiführt. Der parasympathische Abschnitt wirkt als vornehmstes Steuerungsorgan. Die Leducsche Elektronarkose erzeugt nicht Schlaf, wohl aber kann solcher durch elektrische Reizung des Zwischenhirns (Versuche an Katzen) in typischer Weise erzielt werden. In der Längsachse des Hirnstammes kann Schlaf von verschiedenen Stellen aus bewirkt werden. Die genaue Lokalisation steht noch aus. Sichergestellt sind Beziehungen zu nahe der Medianen gelegenen Hirnabschnitte.

R. Allers-Wien.

Rosenow, G., Hirnstichleukozytose. Untersuchungen über die zentral-negative Blutregulation I. (Med. Klin. Königsberg) Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1929, Bd. 64, H. 3–4, S. 452–461.

Versuche an Kaninchen zeigen, daß die Stichverletzung des Striatum, Thalamus oder der Regio subthalamica eine neutrophile Leukozytose hervorrufen. Ein Parallelismus von Hyperthermie nach Hirnstich und Leukozytose besteht nicht.

R. Allers-Wien.

Sinelnikoff, E. J., Über den Einfluß der Großhirnhemisphären auf die Wärmeregulation (Phys. Lab. Inst. Volksaufkl. Odessa). Pflügers Archiv, 1929, Bd. 221, H. 5, S. 549–561.

Bei wiederholter Erwärmung eines Hundes im Wärmekasten tritt allmählich Polypnöe ein, die anfängliche Unruhe schwindet, die Speichelsekretion nimmt zu und die Körpertemperatur fällt, anstatt zu steigen. Diese Reaktion tritt dann auch ein, wenn das Tier in den ungeheizten Wärmekasten gebracht wird. Es wird gefolgert, daß die Wärmeregulation beeinflussende kortikale Verbindungen nach Art der bedingten Reflexe sich gebildet hätten. Beim Kaninchen hingegen ist dieser kortikale Mechanismus nur sehr schwach ausgebildet. R. Allers-Wien.

IV. Charakterologie

a) allgemeine

*Lefas, C., L'art de connaître le Caractère par la Physionomie (Kunst der physiognomischen Charaktererkenntnis). Edit. méd. Norbert Maloine, Paris 1928, S. 356. Preis Fr. 30.–.

Das Werk ist auf den Lehren Lavaters aufgebaut und reicht nur an wenigen Stellen über diese hinaus. Das reiche verarbeitete empirische Material ist nur topographisch, nicht aber nach systematischen Gesichtspunkten geordnet, und wird am anregendsten dort, wo es mehr auf intuitivem Wege, auf Grund einzelner Ausdruckszeichen, komplexe seelische oder charakterologische Einheiten zu erfassen sucht. Neben dem morphologischen Studium finden sich auch kurze Ausführungen über Stil, Ausdrucksbewegungen, Mimik und Bewegungstypus. Sehr gut gelungen sind die zahlreichen schematisierten Zeichnungen des Buches, die für die Ansichten L.s mehr besagen als genaue Photographien, in denen das physiognomische Detail zugunsten

des Gesamtausdruckes in den Hintergrund tritt. Die Lehren von Kretschmer und Klages werden nicht erwähnt. O. Kauders.

*Künkel, Fritz, Einführung in die Charakterkunde auf individualpsychologischer Grundlage. 2. Auflage. S. Hirzel, Leipzig 1929, VIII u. 185 S. Preis RM. 8.–, geb. 10.–.

Bis auf eine Stelle völlig unveränderte Wiedergabe der 1928 erschienenen 1. Auflage (vgl. Ref. Bd. 1, S. 116). Die rasche Folge der Auflagen spricht dafür, daß die Schrift vielen etwas zu geben vermochte. Eine „vitale Dialektik" als Grundlegung einer individualpsychologischen Charakterkunde wird angekündigt.

R. Allers-Wien.

Witzleben, H. D. v., Probleme des Personenlehre (Frankfurter Städt. Nervenheilanst. Köppern i. T.). W. kl. W., 1928, H. 46, S. 1590–1592.

Auszug der ausführlichen Darstellung diese Zschr., Bd. 1, S. 605.

R. Allers-Wien.

Heimsoth, K. G. (Berlin), Die konstitutionsunabhängige Charakterkonstellation. Die Begründung ihrer Einführung, ihre Feststellbarkeit und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Ber. über den 3. allg. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie, 1929, S. 247–251.

Vgl. das umfänglichere Werk H.s, ref. Bd. 1, S. 639. R. Allers-Wien.

Kehrer, F. (Münster i. W.), Die normale und pathologische Charaktergestaltung. 1. Wesen und ärztliche Bedeutung der Charakterologie. D. m. W., 1929, H. 8, S. 297–301.

Das Bedürfnis nach Charakterologie erwächst aus der Unbefriedigung an der nur auf den Leib und die Organe gerichteten Medizin und der nur an Krankheiten interessierten Psychiatrie jüngstvergangener Tage. Begriffe: Persönlichkeit als der Inbegriff der einem Individuum allein Wesenhaften – Person als die Geschlossenheit individueller Ganzheit. Charakterologie gleichbedeutend mit Persönlichkeitskunde. Es gibt deren so viele, als im menschlichen Geiste Arten der wissenschaftlichen Betrachtung angelegt sind. Der Arzt treibt empirische Charakterologie, nicht-wertende Darstellung der Eigenart von Menschen oder Menschengruppen. Kategorien: Ganzheit in der Mannigfaltigkeit, Einheit in der Gesetzlichkeit der Entwicklung, Unerschütterlichkeit der Grundanlagen, Gesetzmäßigkeit der Reaktion auf Außenreize, Zielstrebigkeit, Selbstbewußtheit, Geschlossenheit bei stetiger Bezogenheit auf andere Menschen und das Weltganze. Der Einheit des Psychischen entspricht eine des Somatischen; jene greift überall in diese ein; sie ordnen sich zur höheren Gesamtpersönlichkeit zusammen. Die Art der Wechselbezogenheit ist medizinisch von größter Wichtigkeit und auf dem Wege einer Lehre vom Seelengehäuse und Seelenausdruck zu erforschen. Die Bedeutung von Charakterologie ist am größten für Psychiatrie, denn nicht die Einzelstörungen führen zum sozialen Versagen, sondern die Unmöglichkeit der Korrektur infolge der Beschaffenheit von Charakter, Temperament, Naturell usw. bzw. deren Veränderung selbst. Neueren Datums ist die Frage nach der Entstehung von Charakteranomalien durch äußere Schädlichkeiten (Enzephalitis u. a.), damit nach der Möglichkeit, daß äußere Einwirkungen auf Leib oder Seele das Grundgefüge eines Individuums verändern und dieses anderen Typen gesunder oder kranker Persönlichkeit gleich machen könnten. Hier sind die meisten Probleme noch ganz un-

gelöst. Weitere Fragen gehen nach dem Verhalten des Charakters bei sonstigen Krankheiten, nach der Charakterologie des Krankheitserlebnisses u. a. m.

R. Allers-Wien.

Henning, Hans, Experimentelle Charakterprüfungen. Psychol. u. Med., 1928, Bd. 3, H. 1, S. 19–28.

– – Ziele und Möglichkeiten der experimentellen Charakterprüfung. Jahrb. f. Charakterol., 1929, Bd. 6, S. 213–274.

Die Hauptschwierigkeit, die höheren Seelenvorgänge und insbesondere den Charakter eines Menschen zu erfassen, sieht H. darin, daß hier nicht eine isolierte Person betroffen wird. Höhere Seelenbetätigungen sprechen erst an, wo Menschen auf andere Menschen im wirklichen Lebenszusammenhang wechselseitig einwirken. An einer Reihe von Apparaten werden zwei und mehr Personen zum Zusammenwirken gezwungen, und zwar nach dem Prinzip der bloßen Gleichzeitigkeit, des zugweisen Wechsels, der Stafette oder der Serie. Auf diese Weise werden charakterologische Eigenschaften der verschiedensten Art geprüft, z. B. auch solche, die man sich gewöhnt hat als individuelle Eigenschaften aufzufassen, wie z. B. Ehrlichkeit, Geduld, Oberflächlichkeit, Entschlußgeschwindigkeit, Abwechslungsbedürfnis u. dgl. mehr. Ein interessantes Sonderexperiment ist das, bei welchem die graphologischen Momente zweier Schreibender auf elektrischem Wege gegenseitig in die Federn geleitet werden. Bezüglich der Eichung solcher Tests verweist H. darauf, daß die bisher üblichen Beurteilungsmethoden, weder was die aktuelle Genauigkeit, noch die zukünftige Dauer angeht, besonders günstig dastehen. Die Eichung erfolgt bei H. dadurch, daß Korrelationen des Test mit denjenigen Gruppen, welche einen Charakterzug bestimmt haben bzw. bestimmt nicht haben, hergestellt werden. H. erhofft von seiner Methode eine Bestimmung auch des Charakteralters und eine pädagogische Didaktik des Charakters. Man wird den Charakterstand wie die Intelligenz in Jahresstufen angeben können. Endlich erhofft er auch eine Neubelebung der experimentellen Psychologie von der Mehrpersonenmethodik. – Die zweite Abhandlung stellt den Gegenstand ausführlicher dar und bringt auch Abbildungen der Apparatur. W. Eliasberg-München.

*Bagby, E., The psychology of personality. An analysis of common emotional disorders (Psychologie der Persönlichkeit. Analyse gewöhnlicher affektiver Störungen). Holt & Co., New York 1928. VIII und 236 Seiten. Preis $ 2.50.

B. beklagt im Vorwort, daß sich der Behaviorismus bisher allzusehr mit experimentellen Laboratoriumsmethoden abgegeben habe. Demgegenüber ist die reine Beschreibung zu kurz gekommen, die besonders dann für die Psychologie der Persönlichkeit von Wert ist, wenn ihre Beobachtungen über lange Zeit festgesetzt werden können. Hierbei kommt es darauf an, die emotionalen Reaktionen zu studieren. Dies ist die Aufgabe des vorliegenden kleinen Buches, das zwar keine wesentlichen neuen Ergebnisse bringt, aber angenehm zu lesen ist. Außerdem ist es erfreulich, zu sehen, daß auch in Amerika bei uns geläufige Methoden Fuß fassen. Das Wesentliche seiner Studie sieht B. darin, daß versucht wird, Ergebnisse der modernen Psychiatrie in Zusammenhang zu bringen mit dem Problem der Charaktererziehung normaler Kinder. Die einzelnen Kapitel behandeln Minderwertigkeitsgefühle, Abwehrreaktionen, Tagträume usw. Zum Schluß werden 12 Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt.

H. D. v. Witzleben-Köppern i. T.

V. Klinik

a) Psychiatrie

Leonhard, Karl, Über kapillarmikroskopische Untersuchungen bei zirkulären und schizophrenen Kranken und über die Beziehungen der Schlingenlänge zu bestimmten Charakterstrukturen. Psychiatr.-neurol. Wschr., 1928, Bd. 30, H. 42, S. 487–495.

In der Länge der Kapillarschlingen von 36 Schizophrenen und 19 Manisch-Depressiven ergab sich keine Beziehung zwischen der Art der Psychose und der Kapillarschlingenbeschaffenheit, wohl aber zwischen dieser und bestimmten Zügen, welche ihrerseits für dem schizoiden bzw. zyklothymen Charakter eigentümlich sind. So findet sich die Überempfindlichkeitskomponente und insbesondere die Eigenschaft „für sich allein" ausgesprochen einerseits bei Menschen mit langen Kapillarschlingen, andererseits bei schizoiden Typen. Daraus zieht L. folgende Schlüsse: 1. Der Charakter gehört wie die Form der Schlingen zu der biotonischen „Unterlegung" (Ewald). 2. Dagegen ist der psychotische Prozeß etwas, was aus dem allgemeinen physiologischen Rahmen herausfällt und primär keine Beziehung zum übrigen Organismus hat, sondern höchstens sekundär den Organismus beeinflussen kann. 3. Die Verwandtschaft zwischen Psychose und Charakter ist eine sekundäre Erscheinung. Es wäre möglich, daß die Psychose, als etwas Neues zum Charakter hinzutretend, den Charakter bereits zu einer Zeit beeinflußte, in der die Erkrankung klinisch noch nicht hervorgetreten wäre. Die Psychose wächst also nicht aus dem Charakter heraus, sondern sie beeinflußt bereits sehr frühzeitig die Charakterbildung. Die Kapillarschlingen machen diese Veränderung nicht mit. So kann der präpsychotische Charakter sowohl zu den Kapillarschlingen wie zu den Psychosen Beziehungen haben. Eine weitere Auffassung bietet sich dar, wenn man annimmt, daß zum nervösen Charakter noch eine besondere, gleichfalls erblich festgelegte „Aufbrauchsbereitschaft" hinzutreten müsse, damit eine Prozeßpsychose zustande komme. Es wäre wünschenswert, diese weitreichenden Schlußfolgerungen an einem größeren Material nachzuprüfen. W. Eliasberg-München.

Pohlisch, Kurt (Psychiatr. und Nervenklinik Charité), Über psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen. Mschr. f. Psych. u. Neurol., 1928, Bd. 69, H. 4, 5–6, S. 200–367. (Buchausgabe S. Karger, Berlin 1928. Preis RM. 12.–.)

In der sehr präzisen, mit größter Genauigkeit und unter Berücksichtigung der das Thema behandelnden Literatur bearbeiteten Studie nimmt P. an Hand von selbst und von anderen Autoren beobachteter Fälle eine Analyse der psychischen Reaktionsformen bei akuten und chronischen Arzneimittelvergiftungen vor. Das Hauptgewicht wird auf komplexe Symptomenbilder gelegt wegen der Bedeutung, die ihnen seit der Aufstellung der Bonhoefferschen exogenen Prädilektionstypen zukommt. In Analogie mit den Studien über den Alkohol untersucht P., inwieweit die durch Arzneimittelvergiftungen entstehenden psychischen Störungen mit den exogenen Prädilektionstypen übereinstimmen und verfolgt bei einer ganzen Reihe von besonders geeigneten Pharmaka sowohl symptomatisch wie auch klinisch-ätiologisch die einzelnen Stadien von der einmaligen Vergiftung bis zu den auf dem Boden der Dauervergiftung entstandenen Psychosen. Die Ergebnisse der Untersuchungen führen zum Schluß, daß sich der Kreis der psychischen Reaktionsformen bei den Arzneimittelintoxikationen nicht über die Gruppe der exogenen Prädilektionstypen erweitern läßt, daß endogene Bilder, wie manische, paranoide und katatone, lediglich als Komplikationen

aufzufassen sind, und daß nur einzelne Zustandsbilder, wie der Alkoholrausch, die Meskalin- und Haschischvergiftung einen spezifischen Charakter tragen. Ätiologische Beziehungen zu der chemischen Konstitution drücken sich ferner durch Überwiegen von Delirien und Halluzinationen bei Vergiftungen mit Narkoticis der Fettreihe, amentieller Bilder bei Bromismus und durch das Auftreten von Delirien nach einem einmaligen oder wiederholten Gebrauch von Atropinalkaloiden aus. Allen gemeinsam ist – mit Ausnahme des Haschisch- und Meskalinrausches – das Erhaltenbleiben des Persönlichkeitsbewußtseins und der Ausgang der Arzneimittelpsychosen – wenn keine Komplikation vorliegt – in defektlose Heilung. F. Halpern-Wien.

Münzer, Franz Theodor, Seltene Formen von Pseudologia phantastica. Mschr. f. Psych. u. Neurol., 1928, Bd. 67, H. 3–4, S. 160–215.

M. unterscheidet zwei Gruppen der Pseudologia phantastia, eine endogene und eine exogene. Daneben unterscheidet er noch reaktive Formen und pseudologische Symptome bei Psychosen. Die exogene Abart einer Pseudologia phantastica illustriert er an einem ausführlich mitgeteilten Fall einer im Anschluß an eine zerebrale Lues aufgetretenen Psychose. Hier war eine exogen erworbene Charakterdepravation mit einer pathologischen Lügenhaftigkeit verbunden bei einem früher völlig gesunden Menschen. Auch die anderen genannten Möglichkeiten werden an klinischen Beispielen illustriert. A. Storch-Gießen.

del Greco, Francesco (Aquila), I „Subiettivisimi Psicopatici" nelle communi mentalità (Psychopathische Subjektivismen in der Gesamtgeistigkeit). Quaderni di Psichiatria, 1928, Bd. 15, Nr. 7–8, S. 121–128.

Die menschliche Persönlichkeit untersteht einem Trägheitsgesetz, einer Tendenz, den einmal gegebenen Zustand festzuhalten. Daraus erwächst das Bestreben, Störungen, pathologische Reize welcher Art immer auszugleichen; G. spricht von einer bei den seelischen Erkrankungen nachweisbaren psychischen Kompensation. Dabei spielt der Mechanismus der Projektion eine gewisse Rolle. Die psychopathologischen Vorgänge, die wir in dem „Subjektivismus" der Psychotischen feststellen, sind jedoch nicht auf diese beschränkt; nur unter bestimmten Voraussetzungen, die näher bezeichnet werden, sind sie Ausdruck einer Geistesstörung. H. Hartmann-Wien.

VI. Spezielle Psychogenese

a) Allgemeines

Stockert, F. G. v. (Halle), Klinik und Ätiologie der Kontaktneurosen. Kl. W., 1929, Bd. 8, H. 2, S. 76–79.

Als „Kontaktneurose" grenzt St. eine Gruppe neurotischer Erkrankungen ab, denen zwei Merkmale gemeinsam sind: Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf ein Organsystem oder einen Funktionsablauf und zweitens die Beziehung auf einen Partner, der vermeintlich die Dysfunktion wahrnimmt; die Symptome dieser Neurosenart bestehen und haben ihren Sinn nur aus der Beziehung zu einer zweiten Person. Das Symptomenbild manifestiert sich an Organen, die der Aufmerksamkeit der Umgebung besonders zugänglich sind, und bei Funktionen, die unter der Kontrolle eines Partners ablaufen (Beispiel: das Sprechstottern). Solche Neurosen pflegen psychotherapeutischen Bemühungen recht hartnäckig zu widerstehen; nach Ansicht des Verf. wegen der Schwierigkeit, eine für den Patienten reizarme Situation zu schaffen.

H. Hartmann-Wien.

b) Hysterie

Claparède, E., Opinions et travaux divers rélatifs à la théorie biologique du sommeil et de l'hystérie (Meinungen und Arbeiten zur biologischen Theorie von Schlaf und Hysterie). Arch. de Psychol., 1928, Bd. 21, Nr. 82, S. 113–174.

Ausführlicher Sammelbericht kritischer und zustimmender Äußerungen zu der von C. vertretenen Auffassung, daß der Schlaf, entsprechend der psychologisch sich kundgebenden Desinteressiertheit für die äußere Situation auf einer reflektorischen Hemmung der Reaktivität beruhe. Das Studium der bedingten Reflexe scheint nach C. für die Klärung des Schlafproblems aussichtsreich. Analogien mit der Hysterie hatten C. schon 1905 veranlaßt, gewisse hysterische Erscheinungen als Steigerungen von psychischen, defensiven Hemmungsreaktionen anzusehen. In der Hysterieliteratur sieht C. vier Grundgedanken: Hemmung (Janet), Flucht (Breuer und Freud), Steigerung emotiver Reflexe (Bernheim), Regression (Freud). Diese Gesichtspunkte lassen sich im Rahmen einer biologischen Theorie vereinigen. Vor allem sei der phylogenetische Gesichtspunkt fruchtbar, den C. bei Kraepelin, Core, Rivers, Sommer u. a. vertreten findet. Vor allem habe Kretschmer, ohne Kenntnis der Arbeiten C.s, die Notwendigkeit erkannt, auf die instinktiven Reaktionen niederer Lebewesen zurückzugreifen. R. Allers-Wien.

Wieg-Wickenthal, Karl, Über pseudohysteroneurasthenische Zustandsbilder. W. m. W., 1928, Nr. 28, S. 944–949.

Unter diese Bezeichnung fallen alle diejenigen Zustandsbilder, die unter psychoneurasthenischen oder hysterischen Symptomenkomplexen verlaufen, ohne daß tatsächlich eine primäre Funktionsstörung des Zentralnervensystems vorliegt. Diese Krankheitsbilder werden durch primäre Funktionsstörungen anderer Organsysteme bedingt und bewirken erst sekundär Erscheinungen von seiten des psychozerebralen Organs selbst. Hierher gehören Störungen der endokrinen Funktionen, das vegetative Syndrom des Mesenzephalon, manche Verlaufsformen und Folgezustände der Enzephalitis, Kreislaufstörungen, urämische und anämische Zustände. Schließlich macht W. aufmerksam auf die neurasthenischen Vorstadien mancher Psychosen und grob zerebraler Erkrankungen, die unter psychoneurasthenischen Bildern verlaufen können. F. Halpern-Wien.

e) Sexualneurosen

Gebsattel, V. E. v. (Fürstenberg), Über Fetischismus. Der Nervenarzt, 1929, Bd. 2, H. 1, S. 8–20.

Nach Ausicht G.s ergibt sich die Theorie des Fetischismus am ungezwungensten, wenn man von der Struktur des Fetischobjektes ausgeht. Die fetischistische Erhebung eines Gegenstandes zum Liebesziel geht mit seiner Vermenschlichung oder Verlebendigung einher. Dem Fetisch kommt „Liebeswirklichkeit" zu, eine Wirklichkeit, die zwischen phantasiehafter und objektiv personaler schwebt. Die sexuelle Tendenz des Fetischisten geht auf die Zerstörung des Ganzen der fremden Persönlichkeit, auf die Erhebung des Teils zum Ganzen. „Im Nur-Teilsein des Fetisch bekundet sich die Scheu vor der fremden Persönlichkeit." Der Fetisch repräsentiert ein Indifferenzstadium zwischen „männlich" und „weiblich", insofern ist er auch Abbild der erotischen Gestalt des Fetischisten selbst. H. Hartmann-Wien.

g) **Motilitäts- und Organneurosen**

Fröschels, Emil, Fortschritte in der Behandlung von Sprachstörungen. W. kl. W., 1928, H. 35, S. 1256–1258.

Die Arbeit befaßt sich mit drei Gruppen von Sprachstörungen, nämlich dem Stottern, dem Stammeln und den Sprachstörungen bei Gaumenspalten, Uranoschisma. Für das Stottern entwickelt F. die von ihm mit Hoepfner zusammen ausgearbeitete physiologische Theorie, welche die ersten Stottererscheinungen aus einer „physiologischen" relativen Minderwertigkeit des Sprachapparates gegenüber den Leistungsforderungen ableitet. Die Theorie wird bekanntlich gestützt durch die Beobachtungen über Stadien des Stotterns, daß nämlich das erste Stadium stets ein Klonusstadium sei, an welches das eigentliche Stadium des Pressens erst später anschließt. Ebenso schließt erst später der psychische Überbau an. Für die Behandlung empfiehlt F. die Methode der Aufklärung des Pat., ausgehend von der lauten Ausatmung, in welcher alle möglichen Vokale und Konsonanten enthalten seien. Für das Stammeln, insbesondere für den Sigmatismus wird die F-Methode angegeben, was hier nicht näher behandelt werden kann. Aus theoretischen Erwägungen heraus entstand eine neue Methode der Obturation bei Gaumenspalten, welche nicht den Spalt, sondern das Resonanzsystem in den Nasengängen verschließt, dabei aber doch genügend Luft für die Atmung läßt. Die alten Obturatoren schalteten die Nasenlaute aus, wenn es mit ihnen wirklich gelang, den Nasalismus der Nicht-Nasenlaute zu beseitigen. Die neue Methode gibt weitaus bessere Resultate, indem sie namentlich die echten Nasenlaute erhält.

W. Eliasberg-München.

Schultz-Hencke, Harald (Berlin), Zur Diskussion der Organneurose. Der Nervenarzt, 1928, Bd. 1, H. 11, S. 661–670.

In mehr philosophisch-theoretisch als klinisch-praktisch orientierten Erwägungen legt Verf. dar, daß die Frage der Organneurosen nicht mit der Einfachheit beantwortet werden könne, wie dies – nach seiner Ansicht – in Diskussionen üblicherweise geschähe. Die Schwierigkeiten, die in der Organneurose wirksamen äußerst komplexen Zusammenhänge aufzudecken – vielfach nur durch Analyse möglich –, werden scharf betont gegenüber falschen Vereinfachungsversuchen, z. B. der Deutung als schlichtes Symbol naheliegender engbegrenzter Vorstellungen. Die Vielbedingtheit der psychophysischen Phänomene verlangt (anders als in der rein somatischen Medizin) Entscheidung durch „Gewichtsabschätzung" zwischen seelischen und körperlichen Faktoren, welcher im Sinne des 19. Jahrhunderts „unexakten" Methode man sich voll bewußt sein solle. Verf. erwartet von der Analyse zahlreicher Organneurotiker diejenigen Feststellungen, „die dann in Jahrzehnten zusammengestellt das Gebiet wirklich erhellen werden". (Eine genauere Berücksichtigung namentlich der von internistischer Seite herausgearbeiteten Erfahrungen und Theorien würde meines Erachtens zeigen, daß des Verf.s Einwände zum Teil ins Leere stoßen, seine beachtlichen Forderungen teilweise bereits erfüllt sind.

R. Heyer-München.

Cole, Estelle, M., Eine psychologische Betrachtung der Urtikaria. Intern. Zschr. f. Individualpsychol., 1929, Bd. 7, H. 1, S. 2–6.

Die Möglichkeit einer psychischen Ursache ist selten erwogen worden; der Ursprung dieser Krankheit ist noch nicht geklärt, sie wird zur exsudativen Diathese gerechnet. Bei 28jähr. Mädchen zeigen sich zwischen frühen, stark affektbetonten Kindheitserinnerungen und der im 28. Jahre auftretenden Hautkrankheit Zusammenhänge. Be-

handlung mittels der Methode der freien Assoziation angewendet. Die Krankheit verkörperte eine Form der Selbstbestrafung. Pat., die nach Genuß von Käse jeder Art an einem Ausschlag erkrankte, konnte nach Schluß der Behandlung diese Speise ohne Schaden vertragen. E. Freund-Wien.

i) Unfallsneurosen

v. Monakow, Constantin, Gutachten über einen vermeintlichen Fall von Unfallneurose. Hippokrates, 1928, Bd. 1, H. 4, S. 308–325.

Die Verletzung bestand in Hautverbrennungen an verschiedenen Körperstellen. Der als hauptsächliche Unfallsfolge konstatierte heftige Tremor des rechten Armes und der übrigen Extremitäten wurde von einem zunächst zugezogenen Nervenarzt mehr per exclusionem als „neurotische Unfallsfolge" beurteilt. Untersuchung durch v. M.: Etwas starre Gesichtszüge, Verlangsamung und Monotonie der Sprache, ein grobschlägiges Schütteln des rechten Armes im Ellenbogen und Handgelenk (weniger in den Fingergelenken), das sich bei Vornahme von aktiven und passiven Bewegungen oder bei Wechsel der Körperstellungen steigerte. Bei zusammengesetzten, auf ein bestimmtes Ziel gerichteten Bewegungen ging das Zittern auf die übrigen Extremitäten, ja sogar auf die Bauchmuskulatur über. Die grobe Kraft des rechten Armes erwies sich als stark reduziert. Die Hautsensibilität erwies sich nicht nur an den Stellen der Brandnarben, und zwar nach Wurzelzonen bzw. peripheren Innervationsgebieten gestört. Am rechten Fuße war ein deutliches Fächerphänomen und der sogenannte summierte Verkürzungsreflex (nach Monakow) auslösbar. Steigerung der Bauchdeckenreflexe. Die Affektivität des U. erwies sich als normal. In dem außerordentlich genau argumentierenden Gutachten v. M.s, dessen Einzelheiten sich der Wiedergabe im Referat entziehen, wird der Zustand als eine im Zusammenhang mit der Hautverbrennung entstandene multipel lokalisierte Entzündung im Hirnstamm (amyostatischer Symptomenkomplex, Pseudo-Parkinson) aufgefaßt. Der weitere Verlauf bzw. eine nach 7 Jahren vorgenommene Nachuntersuchung bestätigten die Diagnose. Karl Gross-Wien.

Bernhard, H., Die Bedeutung des Schrecks in versicherungsgerichtlicher Beziehung (Strafanstalt Berlin-Plötzensee). Mschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed., 1928, 35. Jahrg., H. 8, S. 249–268.

Das Erschrecken an sich ist ein normaler Lebensvorgang und keine Krankheitserscheinung. Je nachdem es sich um körperlich und seelisch Gesunde oder Kranke, um Versicherte oder Nichtversicherte handelt, auf die ein schreckhaftes Erlebnis, bzw. eine Körperverletzung eingewirkt hat, gibt es die verschiedensten Schreckreaktionen. Bei Nichtversicherten sind selbst die intensivsten Schreckwirkungen nach einem Vierteljahre abgeklungen. Bei Versicherten werden fast ausnahmslos, auch wenn keine nervöse Belastung vorliegt, mit Abnahme der echten Schreck- bzw. Unfallsfolgen die seelischen Störungen stärker; die sich einstellenden Wunsch- oder Begehrungsvorstellungen können auch bei einem völlig seelisch Gesunden auftreten. Psychopathie, Hysterie oder Debilität komplizieren natürlich noch das Bild. Hier ist der Schreck dann als unmittelbare auslösende, bzw. als auslösende Teilursache für die sich an den Unfall direkt anschließenden körperlichen und seelischen Krankheitserscheinungen anzusehen. Unter den Folgen eines mit elementarer Gewalt einwirkenden Schrecks unterscheidet B. 1. die Schreckneurose (Schreckemotion, Schreckapathie, Schreckstupor), 2. die Schreckhysterie, wobei die Frage, ob sich die akuten Schreckreaktionen von der gewöhnlich primär auftretenden Hysterie nach ihrem inneren psychologischen

Aufbau überall scharf trennen läßt, offen bleibt, 3. die Schreckpsychose. Bei beiden letzteren läßt sich stets eine konstitutionelle oder durch Entbehrungen sowie stark und lang andauernde seelische Erschütterungen bedingte Minderwertigkeit, oft auf hereditärer Grundlage, nachweisen. Die Schreckpsychosen klingen meist schneller ab als die Schreckhysterien. Bei diesen können ebenso wie bei den Schreckneurosen die primär aufgetretenen Erscheinungen sekundär durch Wunsch oder Befürchtungsvorstellungen fixiert werden. Von den Schreckpsychosen abgesehen, ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Schreck und Psychose abzulehnen. Ebensowenig besteht zwischen Schreck und Epilepsie ein Zusammenhang, jedoch können mitunter einmal bei vorhandener Konstitution auf emotionelle Anlässe hin reaktiv epileptische Anfälle vorkommen. Beim Hervortreten, bzw. bei Verschlimmerung einen Diabetes mellitus oder eines Basedow kann der Schreck mitunter einmal zur auslösenden Gelegenheits- oder Teilursache werden. Plötzliche Todesfälle nach Schreck durch Sinken des Vasomotorentonus kommen vor. Karl Gross-Wien.

VII. Spezielle Therapie

a) Psychoanalyse

*Régis, E. und Hesnard, A., La Psychoanalyse des Névroses et des Psychoses. Ses applications médicales et extra-médicales. (Psychoanalyse d. Neurosen u. Psychosen. Medizinische u. außer-medizinische Anwendungen). F. Alcan, Paris 1929. 3. Aufl., XIV u. 440 Seiten. Preis Fr. 25.

Diese 3. Auflage des bekannten Buches, ist – nach dem Tode R.s – von H. allein herausgegeben. Gegenüber der vorangegangenen, die sich in bezug auf die Freudschen Gedanken in wesentlichen Punkten referierend und abwartend, in manchen auch kritisch ablehnend verhielt, vollzieht diese letzte eine entschiedene Schwenkung zur Psychoanalyse. Die Einteilung des Gegenstandes ist fast unverändert geblieben, Disposition und Darstellung sind übersichtlich und klar; eine Reihe von Krankengeschichten erläutert die vorgetragenen Anschauungen. H. Hartmann-Wien.

Landauer, Karl (Frankfurt), Die Indikationen zur psychoanalytischen Behandlung. Hippokrates. 1928, Bd. 1, H. 4, S. 265–279.

Jeder Mensch, der bei alltäglichen Beanspruchungen scheitert, der es bei der Überwindung der Lebensschwierigkeiten an Aktivität fehlen läßt, sollte die Hilfsmöglichkeiten in Erwägung ziehen, die ihm eine therapeutische Psychoanalyse bieten kann; freilich ist im Grunde die Indikation zur Psychoanalyse nur dann gegeben, wenn Krankheitsgefühl besteht. Die Altersgrenze für die Anwendung der Psychoanalyse liegt einerseits beim 5. bis 6. Lebensjahr (man darf aber nicht vergessen, daß die Kinderanalyse gewisse Modifikationen der Technik erfordert), nach oben ist sie nicht scharf zu ziehen; an Fälle des 6. Lebensjahrzehntes wird man sich im allgemeinen nicht oft heranwagen. Nicht nur Neurosen, sondern auch bestimmte Psychosen sind analytisch heilbar oder wenigstens besserbar; ebenso gewisse „organische" Erkrankungen. H. Hartmann-Wien.

Furrer, Albert (Zürich), Eine indirekte Kinderanalyse. Zschr. f. psychoanal. Pädagog., 1929, Bd. 3, H. 5–6, S. 185–194.

F. läßt ein 7jähriges schwer erziehbares, trotziges und zerfahrenes Mädchen, bei dem eine analytische Behandlung im eigentlichen Sinne schon wegen dieser Eigenschaften gar nicht in Frage kommen konnte, von einer Kindergärtnerin sorgfältig

beobachten; diese mußte dann dem Analytiker täglich ihre Wahrnehmungen berichten. Hauptsächlich aus der Analyse der Spiele ergab sich das aktuelle Befangensein des Kindes in einer Reihe schwerer sexueller Konflikte, die in erzieherischer Arbeit – wieder auf dem Wege über die Kindergärtnerin –, vor allem in dem Hinführen des stark frühkindlich fixierten Mädchens auf die Lustmöglichkeiten ihrer Altersstufe, nach 11 Monaten recht befriedigend gelöst werden konnte. H. Hartmann-Wien.

Bergmann, Hugo (Jerusalem), Eine Kritik der Psychoanalyse. Jahrb. d. Charakt., 1929, Bd. 6, S. 99–110.

B.s Aufsatz ist eine Darstellung und Kritik des Gedankenkreises, den T. Burrow in seinem Werke über „The social basis of consciousness" (New-York 1927) entwickelt hat. Haupteinwand Burrows gegen die Psychoanalyse ist bekanntlich, daß für diese das Individuum die letzte Einheit darstelle; er selbst sieht im Individuum lediglich das Teilstück eines umfassenderen Bewußtseins, eine Zelle im Zellenstaat. Die Analyse solle in Gruppen vor sich gehen und die Rangordnung zwischen Analytiker und Analysierten beseitigt werden. B. stimmt zwar Burrows Auffassung und Ablehnung der von der Psychoanalyse geübten „atomisierenden" Betrachtung des Menschen zu, lehnt aber seinen positivistisch-biologistischen Versuch einer positiven Kritik ab. Nicht die biologische, sondern lediglich eine philosophische Besinnung könne zur Anerkennung der „Einheit aller vernünftigen Individuen" führen.
H. Hartmann-Wien.

*Kaplan, Leo (Zürich), Die Erscheinungsformen des Eros. Umbach, Lörrach-Baden 1928. VIII und 116 Seiten. Preis RM. 4.50, geb. RM. 6.–.

Eine zusammenfassende Darstellung der Artungen des sexuellen Trieblebens, ihrer Entwicklung und ihrer Gesetzmäßigkeit, in den Hauptzügen auf der Freudschen Trieblehre beruhend. Doch meint Verf., Freud habe in seinen Anschauungen über die Entstehung der menschlichen Gesellschaft und Kultur dem Ödipuskomplex eine zu zentrale Bedeutung beigemessen; demgegenüber betont K., wie richtig es sei, den Narzißmus stärker als Erklärungsprinzip auf diesem Gebiete heranzuziehen.
H. Hartmann-Wien.

b) Individualpsychologie

Neuer, Alexander (Wien), Die moderne Ehe als neurotisches Symptom. Intern. Zschr. f. Individ.-Psychol., 1929, Bd. 7, H. 1, S. 36–44.

Die Ehe als sozialer und ethischer Wert hat in der Nachkriegszeit einen großen Rückschritt gemacht. Sie wird mit größter Leichtfertigkeit geschlossen und im allgemeinen nur als Versorgung betrachtet. Sie sollte der Prüfstein der Fähigkeiten des Zusammenlebens sein, eine Fähigkeit, die als die „höchste Norm der seelischen Gesundheit betrachtet werden muß". Eine absolut gesunde Ehe kommt nicht vor; dies beruht auf der Unausgeglichenheit der gegenseitigen Tendenzen. Die I.-Ps. hat gezeigt, daß die Pflichten des Zusammenlebens in drei Lebensfragen zerfallen: Ehe, Beruf, Gemeinschaft. Ein Mensch, der auf einem dieser Gebiete versagt, ist krank und muß notwendigerweise auch auf den andern versagen. Krankheitssymptome sind Fluchtsymptome und diese Ausdruck der Entmutigung. Die heutige Ehe ist nur ein neurotisches Symptom unter vielen; nur in einer Gemeinschaft, die von ihren Trägern bewußt gewollt ist, ist eine gesunde Ehe erreichbar. E. Freund-Wien.

Schletter, Edmund (Wien), Zur Psychologie des Selbstmordes. Intern. Zschr. f. Individ.-Psychol., 1929, Bd. 7, H. 1, S. 7–14.

Es wird das Seelenleben eines Mannes geschildert, der mit 38 Jahren Selbstmord beging. Schon in seiner Kindheit wurde der Boden zu einer Neurose gelegt durch ungeeignete Erziehungsmethoden, die das seelische Gleichgewicht des Kindes erschütterten. Später versagte er in allen drei großen Lebensfragen: Beruf, Liebe, Gemeinschaft. Besonders stark war seine Tendenz die Menschen zu entwerten, um seine persönliche Überlegenheit zu sichern. Eine psychoanalytische Behandlung wurde unterbrochen, da der Arzt erklärte, „sein Leben würde nicht ausreichen um den Pat. gesund machen zu können". Darin sah nun der Pat. die Legitimation für seine Neurose und ging überhaupt jeder Verantwortung aus dem Wege, bis er schließlich zum Morphium griff, um seinem Leben ein Ende zu machen. Verf. (Rechtsanwalt) meint, wenn Pat. rechtzeitig in individualpsychologische Behandlung gekommen wäre, hätte er geheilt werden können, denn die Therapie der Individualpsychologie bestehe in der Ermutigung, in der Umerziehung, d. h. in der Erziehung zur Sachlichkeit unter Ausschaltung persönlicher Überlegenheitsziele. E. Freund-Wien.

Klatt, Georg (Detmold), Träume eines Abstinenten. Intern. Zschr. f. Individ.-Psychol., 1929, Bd. 7, H. 1, S. 50–57.

Selbstbericht K.s. Er ist seit 15 Jahren abstinent, kam aus sozialen und pädagogischen Gründen dazu. Einige Jahre nachher begann er immer wieder zu träumen, er habe Alkohol getrunken. Erst faßte er die Träume als Wunschträume auf, dann sah er, daß die Abstinenz selbst zu einem vom Traum benutzten Symbol werden kann. Die Tatsache der Sonderstellung gegenüber der großen Menge der Alkoholtrinker wurde zu einem Mittel gemacht, das Geltungsstreben zu befriedigen. Nach dieser Deutung kam der Traum nicht wieder. E. Freund-Wien.

Neumann, Johannes (Gießen), Religiöse Erlösung und individualpsychologische Heilung. Intern. Zschr. f. Individ.-Psychol., 1928, Bd. 6, H. 6, S. 482–492.

Religion und Individ.-Psychol. haben zum Teil gemeinsamen Gegenstand und gemeinsame Aufgaben. Die Religion will das richtige Verhältnis zwischen Mensch-Gott und Mensch-Mitmensch herstellen. Der sündige Mensch verzweifelt an der eigenen Kraft, er kann sich nicht selbst erlösen, nur die Gnade kann Erlösung geben. Es ist aber fraglich, ob eine solche „Erlösung" eine wirkliche Charakterveränderung herbeiführen kann. Die Individ.-Psychol. hat als Erfahrungswissenschaft mit dem Metaphysischen nichts zu tun. Jede seelische Erkrankung ist eine Störung des sozialen Verhältnisses; das Gemeinschaftsgefühl ist durch das Geltungsstreben unterdrückt. Die Aufgabe der Individ.-Psychol. ist Aufklärung und Ermutigung. Die Hauptgegensätze zwischen religiöser und individualpsychologischer Erlösung sind: die Erlösung durch die Individ.-Psychol. ist immanent, die durch Religion transzendent. Die Bekehrung ist ein einmaliger und plötzlicher Vorgang, die Charakteränderung durch die Therapie geht langsam und allmählich vor sich. E. Freund-Wien.

Klingholz, Emmy (Dortmund), Psychologische Betrachtung zur Methode Coué. Intern. Zschr. f. Individ.-Psychol., 1929, Bd. 7, H. 1, S. 44–47.

Nach Coué gibt es einen jederzeit gangbaren Weg vom Willen zu allen unbewußten Funktionen des Körpers und der Seele. Dies sei der Weg zu Gesundheit und Glück. Die Individualpsychologie lehrt, daß viele Krankheiten und fast alle psychisch-

nervösen Störungen auf einem Arrangement des Erkrankten beruhen, also Bestandteile eines Lebensplanes sind. Es muß also der Nervöse, der die Coué-Methode anwendet, jeden Erfolg wieder selbst zerstören, wenn er sein Symptom wieder braucht. Sich das zu suggerieren, was man im Grunde nicht wünscht, kann zu keinem Dauererfolg verhelfen. E. Freund-Wien.

IX. Forensisches

Zangger, Heinrich (Zürich), Über die Rauschmittel und die strafrechtlichen Untersuchungen bei Rauschmittelvergehen in der Schweiz. Schweiz. Zschr. f. Strafrecht, 1929, Bd. 42, H. 1, S. 83–91.

Der Aufsatz ist der Auszug eines Referates, welches Z. vor der internationalen kriminalpolizeilichen Kommission in Bern (12. Sept. 1928) gehalten hat. An Hand interessanter kasuistischer Beispiele werden die Wege geschildert, welche der Schmuggel mit Rauschgiften zu gehen pflegt, und Vorschläge zur Beseitigung dieses Schmuggels gemacht. Ein Teil dieser Vorschläge wäre schon auf Grund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen durchzuführen; der andere Teil setzt die Schaffung einiger Neuerungen auf legislatorischem Gebiet voraus. So ist es vor allem erforderlich, daß die Rauschmittelverbrechen durch eine internationale Konvention als Auslieferungsdelikte anerkannt werden. H. Herschmann-Wien.

Blum, Erich (Süchteln). Hypnose im Strafverfahren. Allg. Zschr. f. Psych., 1928, Bd. 89, H. 5–6, S. 241–263.

B. behauptet u. a. folgendes: 1. daß Vergehen sexueller Natur an Hypnotisierten ohne Zweifel auch dann möglich sind, wenn das Medium der Handlung Widerstand entgegensetzt; 2. daß es sittlich vollkommen gefestigte Individuen gibt, die in tiefster Hypnose geschlechtlichen Verkehr dulden, weil sie den Einwirkungen der Hypnose eben nicht widerstehen können; 3. daß die Begehung von Verbrechen durch Hypnotisierte im Bereich der Möglichkeit liegt, auch wenn die Tat dem moralischen Empfinden des Hypnotisierten widerspricht. Für diese jeden wirklich Sachverständigen überraschenden Behauptungen wird nicht der geringste Beweis erbracht. Ausführungen dieser Art sind geeignet, Unheil zu stiften und Verwirrung anzurichten, weil sie von geschickten Parteienvertretern im Gerichtssaal hervorgeholt und für ihre Zwecke mißbraucht werden. Durch derartige Arbeiten wird die forensische Psychiatrie nicht gefördert. Daß man auch in der Hypnose lügen kann, daß es daher nicht möglich ist, durch Hypnose von Zeugen die Wahrheit zu finden, stimmt. Auch daß die Laienhypnose Gefahren birgt, ist richtig. Das alles ist aber schon lange bekannt gewesen.
H. Herschmann-Wien.

*Der Fall Wiechmann, Zur Psychologie und Soziologie des Familienmordes. (Schriften zur Psychologie und Soziologie von Sexualität und Verbrechen, herausgegeben von Hertha Riese und Walther Riese, Bd. 1.) J. Püttmann, Stuttgart 1928. 165 Seiten. Preis RM. 5.50.

Die Schriftenfolge hat den Zweck, „die Aufmerksamkeit zu lenken auf Gebiete in unserer Gesellschafts-, Rechts- und Geschlechtsordnung, welche den Voraussetzungen und Anforderungen einer zeitgemäßen wissenschaftlichen Betrachtungs- und Beurteilungsweise nicht mehr genügen". Dieser Zweck soll zwar mit rein wissenschaftlichen Mitteln, jedoch in einer jedermann zugänglichen Weise verfolgt werden. Der Fall W., welcher im Jahre 1928 das Frankfurter Schwurgericht beschäftigte, wurde deshalb ge-

wählt, weil er zu einer grundsätzlichen Stellungnahme zu den veralteten, unzulänglichen, heute aber noch maßgebenden Formulierungen der „Überlegung" und der „krankhaften Störung der Geistestätigkeit" herausforderte. Darüber hinaus stellt der Fall W. eine interessante Kasuistik zu dem kriminalpsychologisch hochinteressanten Problem des Familienmordes dar. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, sei nur erwähnt, daß das Buch die Anklageschrift, die psychiatrischen Gutachten von Magnus Hirschfeld und Riese, ein graphologisches Gutachten, die glänzenden Plaidoyers der beiden Verteidiger Fürst und Steinschneider, schließlich das Urteil enthält. Der Prozeß endete mit einer Verurteilung des Angeklagten zu einer achtjährigen Gefängnisstrafe. Das Gericht kam zu der Ansicht, daß Wiechmann die Straftaten zwar vorsätzlich, aber nicht mit Überlegung ausführte. In der Zurechnungsfähigkeitsfrage schloß sich das Gericht den Gutachten von Vorkastner und Raecke an, die leider nicht mitgeteilt werden. Vorkastner und Raecke hatten den Angeklagten für zurechnungsfähig erklärt, während Hirschfeld und Riese die Zurechnungsfähigkeit für den Zeitpunkt der Tat verneint hatten. Über den Einzelfall hinaus ist das lesenswerte Gutachten von Riese bedeutungsvoll, weil es in ausgezeichneter Weise grundsätzliche Fragen des Zurechnungsfähigkeitsproblems behandelt. Es enthält auch Darlegungen, welche beweisen, daß die Mord-Totschlaggrenze im geltenden Strafrecht psychologisch unhaltbar geworden ist, ein Standpunkt, der inzwischen erfreulicherweise von der Strafrechtsreform allgemein anerkannt worden ist.

H. Herschmann-Wien.

X. Fürsorge- und Anstaltswesen, psychische Hygiene

Friedjung, J. K. (Wien), Der Schularzt. Zschr. f. psychoanal. Pädagogik, 1929, Bd. 3, S. 100–118.

Der Schularzt sollte, wenn schon nicht psychoanalytisch durchgebildet, so doch mit den Grundlagen der Psychoanalyse vertraut sein. In welchem Umfange und auf welche Weise ihm dies bei seiner Tätigkeit zustatten kommen kann, wird an einigen der wichtigsten seiner Berufsaufgaben durchbesprochen. H. Hartmann-Wien.

Die Hygiene-Akademie Dresden wird mit Unterstützung der jugoslavischen Regierung im Herbst dieses Jahres, von Mitte September bis Mitte Oktober, eine etwa dreiwöchige Studienreise durch Kroatien, Dalmatien, Bosnien, Mazedonien und Altserbien unternehmen, um durch fachkundige Führung die umfassenden neuzeitlichen Einrichtungen auf allen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege kennen zu lernen. Insbesondere wird den Teilnehmern der Studienreise Gelegenheit geboten werden, gesundheitliche Einrichtungen auf dem Lande und in Gebieten mit schwierigen Verkehrsverhältnissen kennen zu lernen.

Alle Zuschriften werden an das Sekretariat der Hygiene-Akademie, Dresden-A. 1, Zirkusstraße 38, erbeten.

Das psychologische Laboratorium der Universität Hamburg hat einen von Heinz Werner bearbeiteten Fragebogen über „Persönliche Bräuche" herausgearbeitet, der von der genannten Stelle bezogen werden kann. Bei der Wichtigkeit dieser Probleme und besonders für die Entwicklungspsychologie der Zwangszustände soll die Aufmerksamkeit ausdrücklich darauf gelenkt werden.

ERZIEHUNGS- UND HEILPÄDAGOGISCHE BERATUNGSSTELLEN

Von Dr. SOPHIE FREUDENBERG, München

XII und 180 Seiten in Oktav. 1928. Broschiert RM. 6.–, Ganzleinen RM. 7.50

INHALT

I. Voraussetzungen, Grundlagen und bisherige Gestaltung der Erziehungsberatungsstellen.

1. Wesen und Voraussetzung der Erziehungsberatung überhaupt. – 2. Voraussetzungen der Erziehungsberatungsstellen. A. Häufung der Erziehungsschwierigkeiten. B. Großstädtische Siedlungsform und Spezialistentum. C. Soziale Hilfsbereitschaft und Ausbau der Jugendfürsorge; das Verhältnis der Erziehungsberatungsstelle zu anderen Einrichtungen der Jugendfürsorge. – 3. Aufgaben und Ziele der Erziehungsberatungsstellen. – 4. Vorläufer der Erziehungsberatungsstellen im 19. Jahrhundert. – 5. Gründungsmotive und Entwicklung im 20. Jahrhundert. – 6. Einteilung der Erziehungsberatungsstellen nach ihrer Organisation. – 7. Beispiele aus den verschiedenen Gruppen. A. Amtliche Erziehungsberatungsstellen. B. Halbamtliche Erziehungsberatungsstellen. C. Freie Erziehungsberatungsstellen. D. Jugendberatungsstellen. – 8. Erziehungsberatungsstellen im Ausland. – 9. Gruppen von gefährdeten und schwer erziehbaren Kindern und ihre Behandlungsmöglichkeit durch die Erziehungsberatungsstellen. A. Die körperlich abnormen, kranken, schwachen und intellektuell abnormen Kinder. B. Die Psychopathen. C. Die falsch erzogenen und die situations- und milieugefährdeten Kinder. D. Die Verwahrlosten. – 10. Die methodischen Grundlagen der Erziehungsberatung. A. Die Schulpsychiatrie. B. Die Psychoanalyse. C. Die Individualpsychologie. D. Weitere Untersuchungsmethoden. – 11. Kritik der methodischen Grundlagen. – 12. Die Auswirkung der methodischen Grundlagen in der Praxis; Beispiele aus einigen Erziehungsberatungsstellen. A. Zwei Fälle von Psychopathie. B. Zwei vaterlose Jugendliche. C. Zwei Mädchen mit traumatischen Erlebnissen.

II. Bericht über die ersten 4 Jahre Tätigkeit der Erziehungsberatungsstelle für schwer erziehbare und nervöse Kinder von Dr. Leonhard Seif, München.

1. Allgemeines. A. Richtlinien der Arbeit. B. Der Mitarbeiterkreis und der Umfang der Arbeit. C. Statistische Angaben über die Kinder. – 2. Zusammenhänge von Familienverhältnissen, Erziehungsweise, Organminderwertigkeit und Schwererziehbarkeit. A. Statistische Angaben. B. Die Unehelichen. C. Die Mutterwaisen. D. Die Kinder aus Normalfamilien, aus getrennten Ehen und die Vaterwaisen. – 3. Die Behandlung einiger besonderer Erziehungsschwierigkeiten. A. Bettnässen, Nägelbeißen, Stottern usw. B. Lügen und Stehlen. C. Sexuelle Gefährdung. D. Dummheit und Pseudoschwachsinn. E. Faulheit und Gleichgültigkeit. – 4. Einwände, Ergebnisse, Wünsche. A. Die Öffentlichkeit der Beratung. B. Methodische Einwände. C. Voraussetzungen für den Erfolg der Heilerziehung. D. Allgemeine pädagogische Erkenntnisse. E. Wünsche.

VERLAG S. HIRZEL / LEIPZIG C 1

Mit einer Beilage der Verlagsbuchhandlung GEORG THIEME IN LEIPZIG, Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete betr.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig